



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1-4

Hallström, Krista
Stigell, Anastasia

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1-4

Hallström, Krista
Stigell, Anastasia
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2015

Hallström Krista ja Stigell Anastasia

ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1-4

Vuosi 2015

Sivumäärä 72

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa raportoinnin nykytilannetta, esitellä ISBAR-raportointimenetelmä teorian ja esimerkkien avulla sekä saada juurrutettua uusi toimintatapa Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastojen 1-4 käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli potilasturvallisuuden ja viestinnän parantaminen sekä raportoinnin yhtenäistäminen vuodeosastoilla. Työ tehtiin yhteistyössä Lohjan kaupungin kanssa.

Potilasturvallisuudella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jossa ei tapahdu virheitä. Viestinnällä tarkoitetaan tiedon siirtymistä terveydenhuollon ammattihenkilöltä toiselle. ISBAR-raportointimenetelmä (identify=tunnista, situation=tilanne, background=tausta, assesment=nykytilanne, recommendation=toimintaehdotus) on jäsenneltyväline raportin oleellisesta sisällöstä ja siitä missä järjestyksessä se tulisi kertoa.

Muodoltaan opinnäytetyö oli toiminnallinen ja se toteutettiin juurruttamisen kehittämismenetelmää apuna käyttäen. Juurruttamisen työryhmään kuului opinnäytetyön tekijöiden lisäksi jokaiselta vuodeosastolta yksi sairaanhoitaja. Työryhmän haastattelun ja sisällönanalyysin avulla kartoitettiin viestinnän nykytilaa työyhteisössä. Tulosten perusteella kehittämiskohdeeksi valikoitui potilasturvallisuuden parantaminen yhtenäistämällä raportointia.

Uutta toimintatapaa arvioitiin laadullisella kyselyllä. Kyselyn sisällönanalyysillä saatiin tuloksia uuden toimintamenetelmän käytöstä ja kokemuksista sekä koulutuksen hyödyllisyydestä. ISBAR-menetelmä otettiin hyvin käyttöön työyhteisössä. Jokaiselle hoitajalle oli jaettu ISBAR-kortti taskuun, puhelimen läheisyyteen oli laitettu ISBAR-ohje ja työyhteisöissä asiaa oli käsitelty osastotunneilla. Raportointimenetelmää oli vastausten mukaan käytetty runsaasti ja luovasti eri tilanteissa, kuten raportoidessa potilaasta jatkohoitopaikkaan, raportoidessa päivystävälle lääkärille ja osastonlääkärille, apuna päivystykseen ja hälytyskeskukseen soittaessa, raporttia vastaanottaessa sekä tarkastuslistana kotiutustilanteessa.

ISBAR-menetelmän koettiin olevan helppokäyttöinen ja hyödyllinen apuväline. Raportointimenetelmän koettiin vaikuttavan raportointiin ja potilasturvallisuuteen myönteisesti helpottamalla oleellisten asioiden hahmottamista raportin sisällössä sekä jäsentämällä raportin rakenteen selkeäksi. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan kokeneet ISBAR-raportointimenetelmän tuoneen muutoksia raportointiin.

Opinnäytetyö oli ajankohtainen, koska viime vuosina potilasturvallisuuteen on kiinnitetty entistä enemmän huomiota. ISBAR-raportointimenetelmän avulla voidaan yhtenäistää raportointia ja selkeyttää, mitä tietoja raportin tulee sisältää. Jatkossa ISBAR-menetelmää tulisi ottaa käyttöön aktiivisesti myös muissa terveydenhuollon yksiköissä. Kuten kyselyn vastauksistakin kävi ilmi, raportointi ISBAR-menetelmän mukaan olisi helpompaa, kun myös raportin vastaanottajalla olisi tieto tästä raportointimenetelmästä ja sen etenemisestä. Tämä sujuvoittaisi työyhteisöjen välistä raportointia kaikilla osa-alueilla.

Asiasanat: potilasturvallisuus, viestintä, tiedonkulku, ISBAR-raportointimenetelmä, juurruttaminen.

Hallström Krista and Stigell Anastasia

Introduction of the ISBAR reporting method on inpatient wards 1-4 of the health centre of Lohja

Year 2015

Pages

72

The purpose of this thesis was to chart the present situation of the reporting system, to present the ISBAR method using theories and examples and finally, to disseminate this as a new course of action for the use of the inpatient wards 1-4 in the Lohja health centre. By examining the implementation of the ISBAR method, our aim was to assist in improving and developing patient security and communication as well as to unify the inpatient ward reporting system. This thesis was carried out in co-operation with the city of Lohja.

In this thesis, patient safety means a holistic treatment of the patient, does not undergo any mistakes. Communication means the transfer of information from a healthcare professional to another. The ISBAR reporting method (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) is a structured tool for the substantial content of the report and in what order the information should be told.

The approach of this thesis is functional and it was carried out by using the dissemination development method. The dissemination team consisted of one nurse from each ward, in addition to the thesis instructors. The present situation of the working community was charted by using qualitative interviewing and content analysis. As a result of the analysis, the target of the development was chosen to be the improvement of the inpatient security by using unified reporting system.

The new method of action was analysed using qualitative survey interview. The content analysis of the survey provided information about the usage of the new method, experiences in using it as well as the utility of the training. The results showed that the ISBAR method was successfully put into operation in the working community. Every nurse was given a personal portable ISBAR card and there were instructions on ISBAR attached near the telephone and the issue had been covered during the ward meetings. According to the survey, the ISBAR reporting method was being used creatively in various situations, such as reporting the follow-up treatment of patients, reporting to physicians on call and senior physicians, as well as in assisting in calling the emergency centre and the hospital emergency room. Furthermore, the method was used in receiving reports and as a check list in patient discharging.

The results suggested that the reporting method was found useful and easy to use as a tool. Moreover, the reporting method was found to have positive impact on reporting and patient security as it facilitated perceiving the relevant content of the report and clarifying the structure of the report. However, some of the respondents did not find any improvements in the reporting brought about by the ISBAR method.

Due to the fact that more attention is being paid to patient security as of late, this thesis can be considered having topical relevance. The ISBAR reporting method should be actively implemented in other health care institutions, too. As the results showed, reporting using the ISBAR method would be easier if the receiver also had knowledge of the method and its process. Finally, this could lead to enhancements in reporting in every sector among working communities.

Keywords: patient safety, communication, flow of information, ISBAR reporting method, dissemination.

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Kehittämisympäristö.....	8
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	8
3.1	Potilasturvallisuus.....	8
3.2	ISBAR-menetelmä kiireettömässä tilanteessa	10
3.3	ISBAR-menetelmä kiireellisessä tilanteessa	13
3.3.1	Airways.....	14
3.3.2	Breathing	15
3.3.3	Circulation.....	17
3.3.4	Disability.....	21
3.3.5	Exposure	24
3.4	Viestintä ja raportointi.....	24
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	28
4.1	Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	28
4.2	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	29
4.3	Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä	30
4.4	Kysely tiedonkeruumenetelmänä.....	31
4.5	Aineiston litterointi ja sisällönanalyysi.....	31
4.6	Muutos kehittämistoiminnassa	32
5	Kehittämistoiminnan toteutus	33
5.1	Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta	33
5.2	Uusi toimintatapa ja sen juurruttaminen työyhteisöön	36
6	Kehittämistoiminnan tulokset ja arviointi	37
6.1	Uuden toimintatavan juurtumisen arviointi	37
6.2	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi	41
7	Johtopäätökset ja pohdinta	42
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	44
7.2	Eettisyys kehittämistoiminnassa.....	45
	Lähteet	47
	Kuviot	50
	Taulukot	51
	Liitteet.....	52

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa raportoinnin nykytilaa, esitellä ISBAR-toimintatapa teorian ja esimerkkien avulla sekä saada juurrutettua se osastojen käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen vuodeosastoilla kiinnittämällä työntekijöiden huomio viestintään ja raportoinnin yhtenäistämiseen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) kertoo, että jokaisella on oikeus hyvään hoitoon. Terveystieteiden tutkimuslain (1326/2010) tarkoituksena on hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen. Peltomaan (2009, 17) mukaan potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja hyvinvointia, jossa ei tapahdu virheitä.

Potilasturvallisuutta kehitetään koko ajan terveydenhuollossa henkilökuntaa kouluttamalla ja hoitoprosesseja sujuvoittamalla. Potilasturvallisuuteen liittyvissä keskusteluissa on noussut esille esimerkiksi hoitajien väliset ja potilastietojärjestelmiin liittyvät tiedonkulun ongelmat. On kehitetty erilaisia rutiineja henkilöstön käyttöön, joilla voidaan tukea potilasturvallisuutta. Tällaisiksi toimiviksi rutiineiksi on todettu esimerkiksi tarkastuslistat sekä vaara- ja haittatapahtumien raportointi. (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014.)

ISBAR-menetelmä on saanut alkunsa 1990-luvulla, jolloin merivoimissa USA:ssa kehitettiin SBAR-menetelmä ja joka levisi nopeasti myös ilmavoimiin. Tämän jälkeen sitä on muokattu suomalaiseen terveydenhuoltoon sopivaksi. (Sairaanhoitajaliitto 2014c.) ISBAR-menetelmä on kehitetty haastattelemalla kohderyhmiä, jotka koostuivat entisistä potilaista, henkilökunnasta ja omaisista. ISBAR kehitettiin moniammatillisen tiimin kanssa, jossa pohdittiin, miten raportti tulisi jäsenellä, jotta raportointi helpottuisi. (Boaro ym. 2010.)

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja se toteutettiin juurruttamisen kehittämismenetelmää apuna käyttäen. Ora-Hyytiäisen, Ahosen ja Partamiehen (2012, 21-22) mukaan juurruttaminen on kehittämistoiminnan menetelmä, jossa uuden toimintatavan tuominen työyhteisöön ja sen käyttöönotto tapahtuvat samanaikaisesti. Kehittämistoiminta tapahtuu työyhteisön valitsemien jäsenien ja opiskelijoiden välisenä yhteistyönä työryhmässä. Tässä opinnäytetyössä juurruttamisen työryhmä koostuu sairaanhoitajaopiskelijoista ja vuodeosastojen sairaanhoitajista.

Nykytilan kuvaus tehdään laadullista tutkimusmenetelmää apuna käyttäen ja aineistonkeruumenetelmänä käytetään fokusryhmähaastattelua. Uuden toimintatavan eli ISBAR-raportointimenetelmän juurtumisen arvioinnissa käytetään tiedonkeruumenetelmänä avointa kyselyä. Tiedonkeruumenetelmillä saatujen aineistojen analysointiin käytetään teorialähtöistä sisälönanalyysia.

Potilasturvallisuuteen sisältyy laiteturvallisuus, jolla tarkoitetaan laitteiden turvallisuutta sekä käyttöturvallisuutta. Joskus laitteisiin voi tulla toimintahäiriö tai käyttöturvallisuuden poikkeama. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien sekä hoitamisen turvallisuutta. Lääkehoidon turvallisuudella tarkoitetaan lääketurvallisuutta sekä lääkitysturvallisuutta. Lääketurvallisuuden poikkeama tarkoittaa lääkkeen haittavaikutuksia, odottamattomia tai vakavaa haittavaikutusta. Lääkitysturvallisuuden poikkeamalla taas tarkoitetaan lääkehoidon tekemättä jättämisen haittaa tai sen seurausta sekä tekemisen seurausta. Läheltä piti tapahtuma tarkoittaa sitä, kun potilaalle ei tapahdu haittaa tapahtuneesta. Haittatapahtumasta taas puhutaan silloin, kun potilaalle tapahtuu haitta. (Stakes & Lääkehoidon tutkimiskeskus ROHTO 2007, 7.)

On arvioitu, että maailmassa joka kymmenelle potilaalle tapahtuu haittatapahtuma hoidon aikana, joka sadas potilas saa vakavan haitan ja joka tuhannesta tapauksesta potilas joko vammautuu pahasti tai kuolee. Arviot perustuvat monen maan tekemään potilasturvallisuuskartoitukseen. Suomessa ei ole tehty omaa vastaavanlaista, koska sen on katsottu suunnilleen vastaavan samaa tilannetta. Myös henkilökunnan niukkuus sekä nopea vaihtuvuus ovat katsottu haitalliseksi potilasturvallisuudelle. (THL 2011, 9.)

Muiden maiden tutkimusten perusteella on arvioitu, että Suomessa laskelmien mukaan voisi sattua vuodessa 700-1700 kuolemantapausta hoitovirheen vuoksi ja haittatapahtumien perusteella vuodeosastokustannukset nousevat vuodessa 409 miljoonalla eurolla. Näistä tapahtumista ainakin puolet olisi estettävissä ja sen myötä ainakin puolet rahasummasta säästettävissä. Potilasturvallisuutta parantamalla voitaisiin siis säästää isoja summia terveydenhuollossa ja mikä tärkeintä, myös vähentää ihmisille aiheutunutta kärsimystä. (THL 2011, 10.)

Variksen (2011) tutkimus osoitti, että potilasturvallisuuden ensisijainen haaste on henkilöstömäärä. Potilaiden hoitoisuus on liian suuri verrattuna siihen millä henkilökuntamäärällä potilaita hoidetaan. Hoidon vaativuus ja määrä tulisi huomioida henkilöstömäärää mitoittaessa, koska työn kuormittavuus voi vaarantaa potilasturvallisuutta. Hoitajilla ja johdolla oli eri näkemyksiä siitä miten hoitotyötä tulisi tehdä. Johdon tulisi olla enemmän läsnä suunnittelemassa ja toteuttamassa laadukasta potilasturvallisuutta.

Monen hoitajan mielestä on sattumaa, ettei heidän työyksikössään ole sattunut paljon vakavampia virheitä potilasturvallisuudessa. Työntekijät tietävät, että heidän työyksikössään on potilasturvallisuusriskejä ja ainoastaan hyvä tuuri estää niitä tapahtumasta. Tutkimus osoittaa, että hoitajat sekä lääkärit eivät saa tarpeeksi johdolta kiitosta silloin, kun työ on tehty onnistuneesti ja potilasturvallisesti. Myönteinen palaute kannustaisi ja auttaisi kaikkia jaksamaan omassa työssä paljon paremmin, kuin se jatkuvista virheistä huomauttaminen. Tulisi

myös huomioida positiiviset puolet. Hoitajat haluaisivat puhua enemmän esimiehilleen potilasturvallisuuden parantamisesta, mutta kokivat, ettei asioille kuitenkaan tapahdu mitään. (Seppänen 2009, 45.)

Potilasturvallisuuteen osoitetaan johdon kannalta kiinnostusta ainoastaan silloin, kun vaaratapahtuma on jo potilaalle tapahtunut. Potilasturvallisuutta edistävän myönteisen työilmapiirin puolesta taas puolet koki, että johdon toimintatavat ei mitenkään edistä potilasturvallisuutta tukevaa ilmapiiriä ja puolet vastaavasti koki johdon toimintatapojen edistävän potilasturvallisuuden ilmapiiriä. Puolet vastanneista oli kuitenkin sitä mieltä, että henkilökunnan määrä työvuoroissa on suurin riski potilasturvallisuudelle, koska työt jouduttiin tekemään äkkiä ja kovalla tahdilla. Myös keikkatyöntekijöitä pidettiin riskinä potilasturvallisuudelle. Hoitajat kokivat, että johdon tulisi pyrkiä parempaan viestintään heidän kanssaan, jossa he saisivat enemmän ymmärrystä ja avoimuutta johdon ja heidän välilleen. (Seppänen 2009, 46.)

Variksen (2011) mukaan potilasturvallisuuteen perustuu koko terveydenhuollon toiminta. Turvallisuus lähtee potilaasta itsestään, hoitohenkilökunnasta ja organisaatiosta. Potilasturvallisuus koskee kaikkia ja on kaikkien yhteinen asia, sitä ei voi eritellä kenelle siitä huolehtiminen yksinomaan kuuluisi.

3.2 ISBAR-menetelmä kiireettömässä tilanteessa

ISBAR-menetelmä on saanut alkunsa 1990-luvulla, jolloin merivoimissa USA:ssa on kehitetty SBAR-menetelmä ja joka levisi nopeasti myös ilmavoimiin. Tämän jälkeen sitä on muokattu suomalaisen terveydenhuollon käyttöön sopivaksi. (Sairaanhoitajaliitto 2014c.) ISBAR on Boaron ym. (2010) mukaan kehitetty haastatteleamalla kohderyhmiä, jotka koostuivat entisistä potilaista, henkilökunnasta ja omaisista. ISBAR kehitettiin moniammatillisen tiimin kanssa, jossa pohdittiin, että miten raportointi tulisi jäsenellä. ISBARin tarkoituksena helpottaa sekä jäsenellä raportoinnin kulkua. ISBARin todettiin helpottavan raportoinnin jäsentämistä moniammatillisen työryhmän sisällä.

ISBAR muodostaa selkeän ja turvallisen tiedonkulun terveydenhuollon ammattilaisten välille, jolloin myös potilasturvallisuus paranee. ISBAR-menetelmällä puhelinkonsultaatiot ym. saadaan mahtumaan tiiviiseen muotoon, joka myös mahdollistaa selkeän ja yhtenäisen raportoinnin. (Sairaanhoitajaliitto 2014c.)

Tehokas viestintä vaatii määrätietoista oman mielipiteen julki tuomista. Ennen puhelua, päätä mitä haluat sanoa ja sano se suoraan. Ole rehellinen ja toista tarvittaessa viestisi samana uudelleen. Käytä puhuessasi minä-muotoa, jotta luot määrätietoisuutta ja vakuuttavan kuvan itsestäsi. Tarjoa ratkaisu ja pyydä siitä palautetta. (Castrén ym. 2012, 45.) Alla (Taulukko

1) on kuvattu ISBAR-menetelmän mukainen raportin sisältö ja järjestys kiireettömässä tilanteessa.

ISBAR kiireetön tilanne

1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot Oleelliset potilaan tilaan liittyvät asiat
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön Hoitosuunnitelman muutosta <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

Taulukko 1: ISBAR - kiireetön tilanne (mukaillen Sairaanhoitajaliitto 2014a)

ISBARin ensimmäinen kirjain i tulee englannin kielestä sanasta identify eli tunnista. Tunnistamisella tarkoitetaan sitä, kun esimerkiksi soittaa lääkärille niin puhelu on hyvä aloittaa kertomalla, että kuka olet ja mistä soitat eli nimesi, ammattisi ja työskentely yksikkösi. Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus kerrotaan tämän jälkeen. (Sairaanhoitajaliitto 2014c.) Ensimmäiseksi siis tulisi esitellä itsensä ja potilas riittävän hyvin, jotta puhelun vastaanottaja tietää kuka raportoi ja kenestä. Tunnistaminen on tärkeää esimerkiksi siksi, että lääkäri pystyy kirjaamaan hoito-ohjeen annon potilaan tietoihin. Raporttia antavalla henkilöllä pitäisi tässä

vaiheessa olla selvillä se, että kenelle (esim. lääkäri vai sairaanhoitaja) hän on raporttia antamassa. (Castrén ym. 2012, 45.)

Toinen kirjain s tulee englannin kielisestä sanasta situation eli tilanne. Tunnistamisen jälkeen on siis syytä kertoa, mikä on syy raportointiin. (Sairaanhoitajaliitto 2014c). Tässä vaiheessa on siis tärkeää tehdä selväksi se, että miksi raporttia annetaan. Kyseessä voi olla kiireettömässä tilanteessa esimerkiksi lääkekonsultaatio tai potilaasta raportointi siirtotilanteessa vastaanotetaan yksikköön. (Castrén ym. 2012, 45.)

Kolmas kirjain b tulee sanasta backround eli tausta. Potilaan taustatiedoilla on oleellinen merkitys henkilölle, kenelle olet potilaasta kertomassa. Raportin vastaanottajalle tulee kertoa potilaan nykyiset sairaudet ja aikaisemmat oleelliset sairaudet, mitä hoitoa hän on niihin saanut ja mitä ongelmia niihin on mahdollisesti liittynyt. Myös mahdolliset allergiat sekä tartuntavaara ja eristys tulee mainita tässä vaiheessa. (Sairaanhoitajaliitto 2014c.) Siirtotilanteeseen liittyvässä raportoinnissa tässä vaiheessa voidaan kertoa myös hoitojakson aikana tehdyistä toimenpiteistä ja voinnin kehittymisestä hoitojakson aikana. Kiireettömässä tilanteessa on aikaa lukea potilaan viimeisimmät sairauskertomusmerkinnät, selvittää lääkitys, nestetasapaino, laboratoriotutkimukset, muut olennaiset tutkimukset ja mahdollinen hoitolinjaus. (Kupari ym. 2012.)

Neljäs kirjain a tulee sanasta assesment eli nykytilanne. Raportin vastaanottajalle kerrotaan tässä vaiheessa potilaan sen hetkisestä voinnista. (Sairaanhoitajaliitto 2014c.) Tässä vaiheessa kerrotaan potilaan vitaalielintoiminnoista ja niiden mahdollisista muutoksista sekä muut oleelliset asiat potilaan tämänhetkiseen vointiin liittyen. Siirtotilanteessa tässä vaiheessa voidaan esimerkiksi kertoa vitaalielintoimintojen lisäksi potilaan leikkauksen jälkeisestä varausluvasta.

Viides kirjain r tulee sanasta recommendation eli toimintaehdotus. Tässä vaiheessa raportoiija kertoo oman ehdotuksensa potilaan tarvitsemasta hoidosta tai toiminnasta (Castrén ym. 2012, 45). Kiireettömässä tilanteessa ehdotetaan esimerkiksi potilaan tarkkailun lisäämistä tai jostain tarvittavaa toimenpidettä, kuten esimerkiksi lääkkeen vähentämistä. Tässä vaiheessa raportointia raportin antaja voi kertoa myös mielipiteensä esimerkiksi siitä, että tarvitseeko potilas mahdollisesti siirtää toiseen yksikköön tai nykyistä hoitosuunnitelmaa muuttaa. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.)

Raportoinnin lopussa tulee varmistaa yhdessä sovitut asiat. Esimerkiksi, jos lääkäri antaa puhelimesta lääkemääräyksen tai tekee lääkemuutoksia, toistetaan vielä lääkkeen nimi, vahvuus ja annostus. Jos esimerkiksi verensokerin seurantaa on tehostettu, varmistetaan vielä tässä

vaiheessa se, että kuinka usein mitataan ja kuinka kauan sekä milloin otetaan yhteyttä uudelleen. Jos on sovittu esimerkiksi siirtotilanteesta mukaan annettavasta lääkityksestä, toistetaan sovitut asiat vielä tässä vaiheessa. On hyvä varmistaa, että kummatkin osapuolet ovat samaa mieltä sovitusta asioista. Tässä vaiheessa tulee selvittää myös, että onko raportin vastaanottajalla vielä jotain kysyttävää. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.)

3.3 ISBAR-menetelmä kiireellisessä tilanteessa

Kiireellisessä ISBAR-raportoinnissa käytetään lisäksi ABCDE-luokitusta potilaan nykytilanteen selvityksen apuna. Kiireellisessä tilanteessa tulisi osata kertoa lyhyesti potilaan tilan kannalta oleelliset asiat. (Sairaanhoitajaliitto 2014a.) ABCDE-menetelmän avulla saadaan kattava arvio potilaan tilasta nopeasti ja järjestelmällisesti. Ensiarvion tavoitteena on potilaan peruselintoimintojen arviointi, hätäensiapu ja alustavien tilannetietojen kartoittaminen. (Kuisma ym. 2013, 520.) Alla (Taulukko 2) on kuvattu ISBAR-raportointimenetelmän mukainen raportin sisältö ja järjestys kiireellisessä tilanteessa.

ISBAR kiireellinen tilanne

1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Raportoi vitaalielintoiminnot: <ul style="list-style-type: none"> A: Ilmatie B: Hengitys, saturaatio C: Pulssi, verenpaine D: Tajunnan taso (GCS), kipu E: Ulkoiset näkyvät merkit, lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys Ja muut oleelliset potilaan tilaan liittyvät asiat

5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	Ehdota <ul style="list-style-type: none"> • Välitöntä toimenpidettä • Tarkkailun lisäämistä • Siirtoa toiseen yksikköön Varmista <ul style="list-style-type: none"> • Kuinka kauan...? • Kuinka usein...? • Koska otan uudelleen yhteyttä...? • Onko vielä kysyttävää? • Olemmeko samaa mieltä?
--	---

Taulukko 2: ISBAR - kiireellinen tilanne (mukaillen Sairaanhoidajaliitto 2014a)

Kiireellisessä tilanteessa potilas tulisi tutkia mahdollisimman nopeasti ja systemaattisesti ennen raportointia näiden osatekijöiden avulla: Airway, Breathing, Circulation, Disability ja Exposure. Myös välitön hoito peruselintoimintojen ylläpitämiseksi toteutetaan samassa järjestyksessä. Peruselintoimintojen riittävyys tulee aina arvioida, vaikka potilaan vointi näyttäisi päällepäin hyvältä. Arvio toistetaan uudelleen säännöllisesti ja sitä tarkennetaan tarvittaessa, jos potilaan tilassa tapahtuu muutoksia. (Kinnunen 2014; Castrén ym. 2012, 150.)

3.3.1 Airways

Kirjain a tulee englannin kielen sanasta airways. Ensimmäiseksi potilaalta tarkistetaan siis hengitystiet. Hengitysteiden auki pysyminen on uhattuna, jos potilas on tajuton, tällöin kohotetaan potilaan leukaa mieluiten kaksin käsin kaularankaa tukien taaksepäin hengitysteiden avaamiseksi. Tajuton potilas käännetään kylkiasentoon. (Kinnunen 2014; Castrén ym. 2012, 151.) Potilaalta tulee tunnistaa mahdolliset esteet hengitysteissä kohottamalla leukaa, poistamalla mahdolliset vierasesineet, oksennus tai veri sekä tarvittaessa laittamalla potilaalle esimerkiksi nieluputki. Vammapotilasta tulee käsitellä varoen, koska kaularankavamma on mahdollinen. (Jama 2013; Aranko 2011.)

Hengitysteissä ei ole estettä potilaalla, joka on tajuissaan ja hengittää normaalisti ilman vaikeuksia. Potilaan hengitysteistä kuuluu normaaleja virtausääniä keuhkoihin saakka, hän ei yski ja hengittäessään hänen rintansa ja vatsansa liikkuvat symmetrisesti ylös alas. (Kuisma ym. 2013, 302.)

Hengitystietukokselle alttiita paikkoja ovat kurkunpää ja henkitorvi. Hengitystien tukkeumalle altistaa alentunut tajunnantaso, jolloin potilas ei voi suojata hengitysteitään kielen avulla, yskimällä eikä nielemällä. Hengitysteihin on voinut päästä ylimääräistä ainetta, kuten esimerkiksi verta tai vierasesine. Hengitystiet ovat voineet myös turvota hengitystä haittaavaksi esimerkiksi allergian tai infektion takia. (Kuisma ym. 2013, 302.)

Hengitysteiden avoimuutta arvioidaan potilasta tarkkailemalla ja kuuntelemalla. Jos potilas on levoton tai yökkäilee, yrittää voimakkaasti hengittää ja kuolaa valuu suusta, on ne merkkejä tukkeutuneesta hengitystiestä. Jos ilmaa vielä kulkee, potilaan sisäänhengitys vinkuu tai kurnii kurkun tai henkitorven kohdalta kaulalla. Ilman vielä kulkiessa potilas on hiljaa, käyttäen kaikki voimansa hengittämiseen, hakeutuu istumaan tai pyrkii nojaamaan eteenpäin. Jos hengitys ei kulje, potilas muuttuu kalpeaksi tai siniseksi, hengityssänet eivät kuulu ja hänellä näkyy hengitysliikkeenä ns. keinulautahengitys (vatsa ja rintakehä liikkuvat vastakkaisiin suuntiin). Tästä seuraa nopeasti tajuttomuus ja hengitysliikkeiden hidastuminen. (Kuisma ym. 2013, 302.)

3.3.2 Breathing

Kirjain b tulee sanasta breathing eli seuraavaksi tulisi arvioida potilaan hengitystä. Hyvä hengityksen arvioinnin mittari on se, että jaksako potilas puhua kokonaisia lauseita, sanoja vai eikö ollenkaan? Tuntuuko ilmastusta kämmenselässä ja hengitysliikkeet ovat nähtävissä? Seuraavaksi potilaalta selvitetään, että ovatko hengityksen mittausravot normaalit vai poikkeavat. Potilaalta mitataan hengitystaajuus ja happisaturaatio sekä tarkkaillaan niiden lisäksi hengityksen laajuutta, apuhengityslihasten käyttöä, hengityksen säännöllisyyttä ja hengityssäniä. (Kinnunen 2014; Castrén ym. 2012, 151-155.)

Hengityselimistöön kuuluvat ylä- ja alahengitystiet, keuhkot ja hengityslihakset, joita ovat sisään- ja uloshengityslihakset sekä apuhengityslihakset. Normaalissa sisäänhengityksessä pallea supistuu ja liikkuu alaspäin, vatsa pyöristyy, kylkiluut kohoavat ja rintakehä laajenee alhaalta ylöspäin. Normaalissa passiivisessa uloshengityksessä pallea ja kylkiluuvälilihakset rentoutuvat, pallea palautuu ylöspäin ja vatsa laskeutuu. Uloshengitys ja sen jälkeen seuraava rentoutumisvaihe kestävät normaalisti noin kaksi kertaa kauemmin kuin sisäänhengitys. Normaali hengitys on levossa äänetöntä, kevyttä ja automaattista. Hengitys ääniä kuunnellaan korvalla ja stetoskoopin avulla. Sekä hyperventilaatio (ylihengittäminen), että hypoventilaatio (alihenittäminen) ovat uhkaavia tilanteita ja hengityksen tarkkailu on vaativaa. Hengityksen tarkkailussa hoitajan havainnot hengityksestä ovat tärkeämpiä kuin erilaiset mittaustulokset (Iivanainen & Syväoja 2008, 316-318.)

Hengitys on välittömästi uhattuna, jos potilas ei kykene sanomaan kuin yksittäisiä sanoja. Jos potilas pystyy puhumaan pitkiä lauseita, on hänen hengenahdistuksensa vähäistä. (Castrén ym. 2012, 153.) Hengitysvaikeudesta kärsivä potilas on väriltään pikemminkin kalpea kuin sinertävä, hänen ihonsa on hikinen ja periferia kylmä. Vakava hapenpuute näkyy sinerryksenä huulissa, kynsissä, nenänpäässä, korvalehdissä ja limakalvoilla. (Iivanainen & Syväoja 2008, 320.)

Hengitystaajuutta laskiessa hengitystä tarkkaillaan minuutin ajan. Normaali hengitystaajuus on aikuisilla 12-18 kertaa minuutissa. Ikääntyneillä keuhkojen kimmoisuus on vähentynyt ja hengitystaajuus on kasvanut. (Castrén ym. 2012, 84; Iivanainen & Syväoja 2008, 318.)

Hengitystaajuuden nopeutuminen on merkki hengitysvaikeudesta. Hengitystaajuus voi olla myös nopeutunut muista syistä, kuten kivun, nestevajauksen ja kiihtymyksen takia. Hengitystaajuuden ollessa yli 30, ei potilas jaksa kauaa tehdä työtä hengityksensä ylläpitämiseksi, jolloin hengitystä on tuettava. Hengitystaajuuden ollessa liian hidas, se kertoo yleensä heikentyneestä tajunnantasosta ja voi johtaa riittämättömään keuhkotuuletukseen. (Castrén ym. 2012, 153.)

Pulssioksimetria eli happisaturaatio (SpO_2) on rutiinimenetelmä potilaan tilan arvioinnissa ja seurannassa. Se mitataan pulssioksimetrin avulla, joko sormesta tai korvanlehdessä. Happisaturaatio kertoo kuinka suuressa osassa hemoglobiinin hapensitoutumispaikoista on kiinnittyneenä happimolekyyli, joten se mahdollistaa happeutumisen monitoroinnin. (Kuisma ym. 2013, 126.) Normaali happisaturaatio on 94-100 %, mutta kroonisessa keuhkosairaudessa se voi olla n. 80 %. Pulssioksimetri ei kerro hiilidioksidin poistumisesta elimistöstä, joten potilas voi vaipua hiilidioksidinarkoosiin, vaikka hänen happisaturaationsa on normaali. Pulssioksimetri ei myöskään erota hemoglobiiniin sitoutunutta hakea vaan luulee sitä hapeksi, joten hakeämyrkytystä epäiltäessä siihen ei voi luottaa. (Castrén ym. 2012, 84; Iivanainen & Syväoja 2008, 321-322.)

Aikuisen hengitysvaikeutta arvioidessa hengitysvaikeus on lievä, kun hengitystaajuus on 20-25/min, SpO_2 yli 92 % ja potilas puhuu lauseita. Hengitysvaikeus on kohtalainen, kun hengitystaajuus on 25-30/min, SpO_2 on 85-92 % ja potilas pystyy puhumaan pari sanaa kerrallaan sekä hengittäessään käyttää hieman apuhengityslihaksia. Hengitysvaikeus on vaikea, kun hengitystaajuus on 30-40/min, SpO_2 on 70-85 % ja potilaan on vaikea puhua edes lyhyesti, hän on hiki-nen, hakee tukea istuessaan, syke on yli 120 sekä hän käyttää hengittäessään voimakkaasti apuhengityslihaksia. Potilaan hengitys on uhkaavasti romahtanut, jos hänen hengitystaajuutensa on alle 10 tai yli 40, SpO_2 on alle 70 % ja hän sinertää, on sekava, levoton, ei jaksa puhua eikä yskiä sekä hänen hengityksensä on mahdollisesti epäkoordinoitua. (Castrén ym. 2012, 84; Iivanainen & Syväoja 2008, 321-322.)

Hengitysliikkeet kertovat potilaan yrityksistä hengittää, jos potilas hengittäessään käyttää hengityksen apulihaksia, se kertoo meille lisääntyneestä hengitystyöstä. Tärkeimmät ihmisen hengityslihakset ovat pallea ja kylkivälilihakset, mutta erilaisissa sairaustiloissa elimistö ottaa käyttöön myös hengityksen apulihaksia. Tällöin potilas ei kykene pidättämään hengitystään ja peräkkäisten sanojen puhuminen on vaikeaa. Normaalisessa hengityksessä vain sisäänhengitys

vaatii lihastyötä ja uloshengitys tapahtuu automaattisesti. (Castrén ym. 2012, 153; Kuisma ym. 2013, 301-303.)

Myös potilaan asento voi kertoa potilaan vaikeuksista hengittää. Hengitysvaikeudesta kärsivä potilas hakeutuu hengitystä helpottavaan ”ajurin asentoon”, jossa hän on istuallaan, ylävar-talo etukumarassa, nojaa käsivarsillaan polviin tai edessään olevaan esim. pöytään. Istumisen sijasta potilas voi seisoa ja nojata käsillään selkä etukumarassa esim. tuolin selkänojaan. Myös selän suoristaminen ja rintakehän tuominen reilusti eteenpäin voivat helpottaa potilaan hengitystä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 342.)

Happeutumisen heikentyessä elimistö pyrkii parantamaan happeutumista lisäämällä kudosten verensaantia, joka nostaa sydämen syketaajuutta ja verenpainetta sekä lisää hengitystiheyttä ja -syvyyttä. Potilas myös hikoilee voimakkaasti merkkinä lisääntyneestä hengitystyöstä. Pe-rushoitona happeutumishäiriöissä on happipitoisuuden nostaminen happinaamarilla ja vai-keissa tilanteissa, mm. jos keuhkorakkuloissa on runsaasti nestettä, tarvitaan ylipainetta esim. CPAP-naamarilla. (Kuisma ym. 2013, 302-303.)

Potilaan kärsiessä hengitysvaikeudesta, on kuunneltava hengitysäänet. Hengitysäänet tulisi kuunnella ainakin kolmesta eri kohdasta ja puolierojen löytämiseksi niitä tulisi kuunnella vuo-rotellen symmetrisesti vertaillen toiseen puoleen. Potilasta pyydetään hengittämään syvään suun kautta. Hengitysäänet ovat erilaisia kuuntelupaikasta riippuen. Esimerkiksi keuhkoista kuuluva uloshengitysäni on normaalisti hiljaisempi ja lyhytkestoisempi kuin sisäänhengi-tysääni, kun taas rintakehän yläpuolelta kuunneltaessa normaali hengitysäänten sointi on me-tallimainen ja uloshengitysvaihe on sisäänhengitysvaihetta pidempi. Normaalit hengitysäänet ovat kuultavissa potilaan kyljistä etenkin keuhkojen alaosista, rintalastan päältä, selästä lapa-luiden välistä ja rintakehän yläpuolelta henkitorven alueelta. Poikkeavat hengitysäänet ovat rahinaa tai vinkunaa. Rahinat jaetaan korkeuden mukaan karkeisiin rahinoihin, joiden taajuus on pienempi (esim. lima keuhkoputkissa) ja hienojakoisiin rahinoihin, ritinöihin eli pienten il-mateiden avautumisesta kuuluva ääni sisäänhengitysvaiheessa (esim. keuhkokuumeessa). Vin-kuna viittaa hengitystien ahtaumiin. Esimerkiksi sisäänhengityksessä henkitorven päältä kuu-luva vinkuna viittaa ahtaumaan, kuten vierasesineeseen tai turvotukseen. Hengitysäänten hil-jeneminen viittaa äänten ja kuuntelijan välissä olevaan ilmaan (ilmarinta, emfyseema), nes-teeseen keuhkopussissa, kasaan painuneeseen keuhkoon tai painuneeseen muuhun kudokseen esim. lihavuudesta johtuen. (Kuisma ym. 2013, 125-126.)

3.3.3 Circulation

Kolmas kirjain c tulee sanasta circulation eli verenkierto, jota siis arvioidaan seuraavaksi. Verenkiertoa arvioidaan tunnustelemalla tuntuuko kaula- ja rannevaltimolla sykettä sekä laske-
malla potilaan pulssi. Lisäksi tarkistetaan sydämen rytmi, verenpaine, ihon lämpötila ja mahdolliset lämpörajat. Myös mahdollinen ulkoinen verenvuoto pitää tyrehdyttää esim. painesiteellä. (Castrén ym. 2012, 151-155; Jama 2013.)

Riittävän verenkierron seuranta on hengityksen seurannan rinnalla tärkeimpiä tehtäviä. Verenpaineesta ja pulssista saadaan selville, miten sydän ja verisuonet toimivat. Myös ihon lämpötila kertoo verenkierron tilasta. Alustavassa verenkierron arvioinnissa riittää valtimopuls-
sien tunnustelu. Tuntuuko syke kaula- ja rannevaltimosta? Mikä on syketaajuus? Tässä vai-
heessa arviota pyritään selvittämään myös suuret ulkoiset verenvuodot ja tyrehdyttämään ne. Valtimosykkeen tunnustelu ja verenpaineen mittaaminen ovat perustehtäviä verenkierron ti-
lan arvioinnissa. (Castrén ym. 2012, 151; Iivainen & Syväoja 2008, 576.)

Aikuisen verenpaine on normaali, kun systolinen paine on 100-140 mmHg ja diastolinen paine on 60-90 mmHg (Castrén ym. 2012, 84). Verenpaineen mittaaminen voidaan tehdä auskultoi-
malla eli kuuntelemalla tai automaattisella verenpainemittarilla, jolloin mittauspaikkana käy-
tetään yleensä vasenta olkavartta. Verenpaineen yleinen tavoite on 140/85 mmHg. Diabeeti-
koilla tavoitteena on 140/80 mmHg ja henkilöillä, joilla on munuaissairaus, tavoitteena on
130/80 mmHg. Vanhuksilla yleisenä tavoitteena on 160/90 mmHg. Verenpaineen mittauksella
on olennaista saada selville epänormaali verenpaine eli matala tai korkea verenpaine. (Iiva-
nainen & Syväoja 2008, 576-577.)

Pulssin arvioinnissa on tärkeää saada selville epänormaali syke eli pulssi. Tunnustelemalla val-
timoa eri puolella kehoa saadaan karkeaa tietoa sydämen toiminnasta ja mahdollisesta valti-
motukoksesta. (Iivainen & Syväoja 2008, 585.) Jos potilaalla tuntuu rannesyke, hänellä ei
yleensä ole välitöntä hengenvaaraa. Jos kaulavaltimon syke ei tunnu ja potilas ei reagoi, tulee
aloittaa elvytys. (Castrén ym. 2012, 151.)

Pulssia tulee tunnustella molemmin puolin samanaikaisesti, jos kokee, että pulssia ei tunne
hyvin tai on epävarma siitä mitä tuntee. Useimmiten jos rannepulssi ei tunnu, niin systolinen
verenpaine on alle 70mmHg. Kaulavaltimopulssi tuntuu vielä systolisen paineen ollessa yli
50mmHg, mutta sen alle mennessään kaulavaltimopulssi lakkaa tuntumasta. On kaksi syytä
sille, miksi pulssi ei tunnu, ne ovat joko matala verenpaine tai suonon ahtauma. Kun valtimo-
pulssi tuntuu, voidaan olla varmoja sydämen pumppaustoiminnasta, pelkkä sähköinen toi-
minta ei kerro pumppaustoiminnasta. (Kuisma ym. 2013, 131.)

Syketaajuutta eli pulssia voidaan tunnustella kaikilla muilla sormilla paitsi peukalolla, koska
siinä mittaajan oma pulssi häiritsee mittausta. Pulssista arvioitavia asioita on pulssitaajuus,

säännöllisyys, symmetrisyys raajojen välillä ja pulssin voimakkuus, joka voi olla hakkaavaa, normaalia voimakkaampaa, normaalia, heikkoa tai pulssi ei tunnu lainkaan. Aikuisen normaali syketaajuus on 60-80 kertaa minuutissa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 585-586.)

Pulssin tunnustelupaikkoja on useita. Radialispulssia eli rannevaltimon pulssia tunnustellaan sormien koukistajajänteen peukalonpuoleisen sivun rannenivelen läheisyydestä. Rannevaltimon pulssin tunnustelu riittää, jos potilas on tajuissaan. Mikäli potilas ei reagoi, on tarkistettava kaulavaltimopulssin tuntuminen. Karotispulssi eli kaulavaltimopulssi löytyy potilaan kilpiruston sivusta. Kaulavaltimopulssin tunnustelupaikka on hyvä opetella etsimään, koska se kertoo paljon potilaan voinnista. Viimeiseksi ihmiseltä katoaa kaulavaltimopulssi. Sitä ennen ensiksi katoaa rannepulssi, tämän jälkeen femoralispulssi eli reisivaltimon pulssi joka tuntuu nivusten molemmin puolin. Elvytys aloitetaan jos potilaalta ei löydy kaulavaltimopulssia ja sen lisäksi hän on tajuton eikä hengitä. Muita valtimopulssin tunnustelupaikkoja on poplitea-pulssi joka löytyy molemmista polvitaiteista. Dorsalis pedis -pulssi löytyy jalkapöytää tunnusteltaessa. Brachialispulssia voidaan tunnustella potilaan kyynärtaiteista. (Kuisma ym. 2013, 131.)

Ihon lämpötilan arviointi sekä lämpörajan etsiminen käsistä ja jaloista kertovat potilaan ääreisverenkierron tilasta. Potilaalta voidaan arvioida ääreisverenkierron tilaa myös arvioimalla kapillaaritäytön kynsistä tai kynsivallista. Normaalisti kapillaaritäyttö kestää alle 4 sekuntia. Tämä voi olla haastavaa ulkotiloissa, sillä varsinkin kädet jäähtyvät pian. Tällöin ääreisverenkierron tilan arviointi tehdään jaloista, joita sukat ja kengät pitävät yleensä lämpiminä. Nilkkojen ja säärien molemminpuolinen turvotus johtuu yleensä nesteiden kertymisestä sydämen vajaatoiminnan yhteydessä. Säären toispuolinen kivulias turvotus voi viitata syvään laskimotukokseen. Turvotukset saadaan esille sormella painamalla, jolloin ihoon jää selvä kuoppa. (Castrén ym. 2012, 154.)

Potilaalta mitataan tarvittaessa lämpötila ja sitä verrataan viimeaikaisiin lukemiin. Onko lämpötila noussut todella nopeasti normaalista korkeaksi vai päinvastoin tai onko tilanne ollut tasainen jo pidemmän aikaa. Olennaista on tietää, onko potilaalla poikkeava lämpötila: hypertermia eli kuume tai hypotermia eli alilämpöisyys. Lämpöä seurattaessa on tärkeää mitata lämpö aina samasta paikasta, esimerkiksi kainalosta josta saadaan perifeerinen lämpö. Erittäin korkea kuume kainalosta mitattuna on > 41 astetta, vaikea alilämpö < 30 astetta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 602-604.)

EKG eli sydänsähkökäyrä kertoo sydämen toiminnasta. Potilaan paljaaseen ihoon kiinnitetään elektrodeja, jokainen elektrodi näkee tietyn alueen sydämen sähköisestä toiminnasta. (Castrén ym. 2012, 199.) Ekg näyttää sydämen rytmin ja sydämen rytmissä voi olla monia häiriöitä. Ekg:n tarkasteltavat osat on kammiotaajuus, tämän jälkeen selvitetään onko potilaalla

säännöllinen vai epäsäännöllinen rytmi. Kolmantena tarkastellaan P-aaltoja sekä lasketaan taajuus P-aalloille. P-aaltojen tarkastelun jälkeen tulee neljäntenä katsoa, että seuraavatko QRS kompleksit niitä ja lopuksi mitataan QRS kompleksin leveys. (Kuisma ym. 2013, 142-143.)

EKG käyrän muodostuessa ensimmäiseksi syntyy sinussolmuke, tämän jälkeen eteiset käynnistyvät. Kolmantena Eteiskammiosolmuke käynnistyy, josta muodostuu P-Q väli, ja tämän jälkeen väliseinämä käynnistyy, josta muodostuu Q- aalto sekä QRS- kompleksin alku. Tämän jälkeen kammioseinämä käynnistyy ja R-S aallot syntyvät, QRS- kompleksi loppuu. Kammiodien työvaihetta kutsutaan ST- väliksi ja kammiodien palautumista T-aalloksi. Potilaan ensihoidossa ja EKG:ta tulkittaessa (Taulukko 3) perustavoitteena on erottaa terve sydänsähkökäyrä sairaasta. On myös opittava tunnistamaan korkean vaaran löydökset. Rytmihäiriöt ja sydämen akuutin hapenpuutteen tunnistaminen on erittäin tärkeää. (Castrén ym. 2012, 199-200.)

Yleissilmäys	Vaikutelma
Syke eli kammiotaajuus	Vaihteleva tai tasainen taajuus
P-aalto	Muoto ja kesto
PQ aika	Säännöllisyys, kesto
QRS- heilahdus	Kesto, muoto, suunta
T ja U aalto	Suunta, muoto
QT aika	Kesto

Taulukko 3: EKG:n tulkinta (mukaillen Laine 2014)

Korkea verenpaine eli hypertonia ei aiheuta välittömästi elimistössä vaurioita, vaan yleensä vasta vuosien kuluttua. Matala verenpaineeseen (hypotonia) ei kohtuullisena aiheuta oireita eikä vaurioita elimistössä. Riittämätön verenpaine taas aiheuttaa vaurioita elimistöön jo minuuteissa tai tunneissa. Minuuteissa vaurioita voi ilmetä aivoihin ja tunneissa sydämeen, munuaisiin, keuhkoihin, maksaan, suolistoon jne. (Iivanainen & Syväoja 2008, 577.)

Pulssin tuntuminen heikommin toisella puolella puolieroja tutkiessa, viittaa mm. suoniah- taumaan ja aortan repeämään. Valtimopulssia voidaan myös kuunnella, jolloin ahtauneesta valtimosta kuuluu suhinaa veren virratessa ahtauman ohi. Jos pulssi tuntuu täysin epätasai- sena, on potilaalla eteisvärinä. Jos pulssi pienenee alle 50:n tai suurenee yli 120:n, on poti- laalla todennäköisesti rytmihäiriö. (Castrén ym. 2012, 131.)

Kohonnut laskimopaine näkyy potilaan kaulalaskimoiden pullotuksena hänen ollessa pysty- asennossa. Kohonnut laskimopaine voi viitata sydämen vajaatoimintaan, keuhkoveritulppaan

tai sydämen tamponaatioon. Normaalisti ne pullottavat vain makuuasennossa, mutta jos kaulalaskimoita ei näy edes potilaan ollessa makuultaan, on hän todennäköisesti hypovoleeminen. (Castrén ym. 2012, 153-154.)

3.3.4 Disability

Kirjain d tulee sanasta disability eli tajunnantaso, jota arvioidaan seuraavaksi. Kun potilaan hengitys ja verenkierto on arvioitu, voidaan määritellä potilaan tajunnantaso. Arviointi aloitetaan havainnoimalla onko potilas hereillä? Reagoiko hän puhutteluun, kipuun vai eikö hän reagoi mihinkään? Potilaan reagointia kipuun voidaan testata kipuärsyttämällä potilasta esimerkiksi painamalla kynällä hänen kynttään. Jos potilas ei torju kipua, voidaan häntä pitää syvästi tajuttomana. (Castrén ym. 2012, 151-155.)

Raajojen voiman puoliero voidaan arvioida nostamalla potilaan kädet yhtä aikaa 45-90 asteen kulmaan ja tarkkailla, että pysyvätkö ne symmetrisesti ylhäällä 10 sekunnin ajan. Tämän jälkeen arvioidaan vielä potilaan puristusvoima yhtä aikaa molemmista käsistä pyytämällä potilasta puristamaan kovasti. Jalkojen voimaa arvioidaan nostamalla jalat irti alustasta yksi kerrallaan ja arvioidaan lihasvoimaa sekä puolieroja. Mustuaisia tutkittaessa tarkkaillaan niiden kokoa, symmetriaa ja reagointia valoon. Mustuaiset eli pupillit ovat normaalisti samankokoisia ja reagoivat valoon supistumalla. (Castrén ym. 2012, 155.)

Jos potilaan tajunnan taso on hiukankin alentunut, on muistettava huolellisen neurologisen tutkimuksen tärkeys. Neurologista potilasta tutkiessa on hyvä pitää mielessä muistisääntö: VOI IHME!. (Castrén ym. 2012, 155.) Voi ihme! - muistisäännön avulla voidaan selvittää tajuttomuuden syitä. V = vuoto kallon sisällä, O = O₂ eli hapen puutetta, I = intoksikaatio eli myrkytystila, I = infektio eli aivotulehdus, H = hypoglykemia eli poikkeava verensokeripitoisuus, M = matala verenpaine, E = epilepsia ja ! = simulaatio eli tajuttomaksi tekeytyminen. (Castrén ym. 2012, 163.)

Aivoverenkierron riittävyyttä voidaan karkeasti arvioida systolisen verenpaineen perusteella sillä, jos se on 60mmHg eikä kallon sisäinen paine ole koholla, aivojen verenkierto pysyy yleensä vielä riittävänä. Kallonsisäinen hitaasti nouseva paine voi ilmetä päänsärkynä, pahoinvointina, huimauksena, halvausoireina ja pidemmälle edenneenä tajunnan tason heikkenemisenä. (Castrén ym. 2012, 165.)

Liian matala verensokeripitoisuus eli hypoglykemia on yleinen tajuttomuuden aiheuttaja, mutta myös liian korkea verensokeripitoisuus voi aiheuttaa tajunnan tason heikkenemistä. Ta-

juttomuuteen johtavassa hypoglykemiassa verensokeripitoisuus on yleensä alle 2mmol/l ja tajunnan tason heikkenemistä aiheuttava verensokeripitoisuus on yleensä yli 20mmol/l. Verensokeriarvo tulisi siis mitata neurologista potilasta tutkiessa. (Castrén ym. 2012, 165-166.)

Verensokerin voi mitata kahdella tapaa, laskimonäytteestä tai ihopistosnäytteellä. B-Gluk tarkoittaa koko veren sokeripitoisuutta ja P-Gluk plasman sokeripitoisuutta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 640.) Olennaista verensokeria mitattaessa on huomioida, onko verensokeri korkea vai matala. Vaikeasta matalasta verensokerista puhutaan, kun mittaus tulos on 3,1 mmol/l ja alhaisesta kun veriplasman glukoosiarvo on 4,0 mmol/l. Alhaisen verensokerin eli hypoglykemian oireet ovat nälän tunne, ärtyneisyys, käsien vapina, tiheä sydämensyke ja hikoilu. (Mustaajoki 2014.) Hyperglykemian, eli korkean verensokerin oireet ovat janon tunne, tajunnantason alentuminen, väsymys sekä virtsauksen tunteen lisääntyminen. Korkeasta verensokerista puhutaan, kun mitataan usein yli 11mmol/l tuloksia ja paastoverensokerin ollessa 6,1-6,9mmol/l. (Diabetesliitto 2014.)

Tajunnantaso arvioidaan tarkasti käyttämällä apuna Glasgow Coma Scale -luokitusta, jotta potilaan tilan kehittymistä voidaan seurata. On hyvä käyttää yhtenäistä luokitusta tajunnantaso määrittellessä. Muistisana SIPULI auttaa muistamaan tutkimusjärjestyksen: silmät, puhe, liike sekä pistemäärän kasvun 4-5-6. (Aranko 2011; Kinnunen 2014.) Glasgow'n kooma-asteikko (Taulukko 4) on alun perin kehitetty pään vammojen arvioon, mutta se on helppoutensa vuoksi levinnyt muidenkin tajuttomuuden syiden arvioinnin apuvälineeksi. Se perustuu potilaan reagoimiseen ja hänen vasteisiinsa. Ensimmäisenä selvitetään karkeasti potilaan tajunnantaso häntä olkapäistä voimakkaasti ravistelemalla ja samalla puhuttelemalla esimerkiksi huutamalla ”herää”. Jos potilaaseen saadaan puhevaste, ei kipureaktiota tarvitse tutkia ja tiedetään, ettei hän ole ainakaan tajuton. Jos potilas ei reagoi ravisteluun eikä puhutte luun, arvioidaan kipuvaste esimerkiksi puristamalla potilaan silmäkuoppien yläreunaa voimakkaasti kummaltakin puolelta tai edellä mainitulla tavalla eli painamalla kynällä hänen kynttään. Huomioidaan puolierot kipuvasteessa, paras vaste kirjataan, mutta myös puoliero on tärkeää kirjata. Kipuvasteen eli liikevasteen arviointi on hankalampaa. Kivun paikannus tarkoittaa esim. ärsytyksessä käytetyn kynän työntämistä pois tai välitöntä raajan väistöä. Väistö kivulle tarkoittaa heikompaa reaktiota, kuten saman puolen vartalon väistöä. Koukistus tarkoittaa kyynärniveltä koukistusta ja ojennus niiden ojentamista. (Alaspää ym. 2004, 79-80.)

Maksimipistemäärä on 15, jolloin potilas on täysin hereillä, asiallinen, noudattaa kehoitusta ja pitää silmät auki sekä minimipistemäärä 3, jolloin potilas ei reagoi kipuunkaan. Pisteet merkitään selvästi esimerkiksi, jos potilas äänтелеe, muttei avaa silmiään ja kipureaktiossa paikantaa kivun, kirjataan pisteet: GCS= 1+2+5. (Alaspää ym. 2004, 79-80.)

SILMIEN AVAAMINEN	PISTEET
-------------------	---------

itsestään	4
pyydettyäessä kovalla äänellä	3
kivulle	2
ei reaktiota	1
PUHEVASTE	PISTEET
orientoitunut	5
sekava	4
yksittäisiä sanoja	3
ääntelyä	2
ei ääntä	1
LIIKEVASTE	PISTEET
noudattaa kehotusta	6
paikantaa kivun	5
väistö kivulle	4
koukistus	3
ojennus	2
ei vastetta	1

Taulukko 4: Glasgow'n kooma-asteikko (Alaspää ym. 2004, 79-80)

Tajunnantason alentumisen aivoperäisenä syynä on yleensä kallonsisäinen verenvuoro, aivoinfarkti, aivovamma, keskushermoston infektiio, kohonnut kallonsisäinen paine tai kouristelu. Muita yleisiä syitä tajunnan heikkenemiseen on riittämätön verenkierto (matala RR), hapenpuute, riittämätön keuhkotuuletus ja siitä seuraava hiilidioksidin kertyminen, alhainen verensokeri tai myrkytystila. Potilas voi olla myös päihteiden vaikutuksen alaisena tai tekeytyä tajuttomaksi. (Castrén ym. 2012, 163.)

Neurologisista oireista tavallisimpia ovat päänsärky, huimaus, kouristelu ja erilaiset halvausoireet. Potilaan haastattelussa on tärkeää selvittää oireiden alkamisajankohdan tapahtumat. Esimerkiksi ponnistuksen yhteydessä alkava päänsärky voi johtua lukinkalvonalaisesta verenvuodosta. Myös oireiden yhteys lähipäivien tapahtumiin tulee selvittää. Onko potilas käyttänyt alkoholia, loukannut päänsä ja onko hänellä ollut infektiioireita esim. kuumetta? (Castrén ym. 2012, 151-155.)

Raajojen voiman puoliero kertoo vakavasta aivoverenkiertohäiriöstä. Lihashyökkäys voi ilmetä raajan roikkumisena tai puristusvoiman erilaisuutena. Mustuasteiden epäsymmetrisyys viittaa toispuoliseen aivotapahtumaan, kuten kallonsisäiseen verenvuotoon tai aivovammaan, jolloin potilas on hengenvaarassa. Tajuttomuuden yhteydessä laajat valoon reagoimattomat pupillit merkitsevät yleensä aivokuolemaa. (Castrén ym. 2012, 155.)

3.3.5 Exposure

Kirjain e tulee sanasta exposure eli näkyvät löydökset. Tietty sairaustila ja varsinkin vammapotilas vaatii potilaan ihon paljastamista ja tutkimista, joten potilasta on riisuttava riittävästi vamma-alueiden tutkimiseksi, jos esimerkiksi epäillään verisistä vaatteista päätellen ulkoista verenvuotoa. Myös esimerkiksi aivokalvontulehdus saattaa näkyä iholla verenpurkauksina. Jalkojen turvotusta ja mustelma-alueita on mahdoton tutkia ja havaita ilman riittävää ihon paljastamista. (Castrén ym. 2012, 153-155.)

Vammapotilas tutkitaan tunnustellen ja systemaattisesti joka puolelta kehoa. Vammapotilaan tutkimusjärjestys on: rintakehä, vatsa, lantio, pää, ranka ja raajat. Tutkiminen aloitetaan rintakehästä, koska sen alueen vammat ovat vaarallisimpia. Potilas riisutaan niin, että saadaan kartoitettua kaikki mahdolliset vammat. Potilaan olisi hyvä olla tutkittaessa selinmaalla. (Castrén ym. 2012, 158.)

Rintakehän vankkuus ja mahdolliset kylkiluiden murtumat tutkitaan painamalla rintakehää kaasan. Rintakehän ylä- ja alaosat painellaan erikseen, jos rintakehä antaa periksi on potilaalla mahdollisesti hetkurinta tai sarjoittainen kylkiluunmurtuma. Vatsaa tunnustellaan painelemalla etsien arastavia kohtia ja tarkkaillen ulkoisia vammoja, joiden avulla saadaan viitteitä sisäelinvammoista. Lantiota tunnustellaan painelemalla kämmenillä potilaan suoliluunharjoja kohti alustaa, jos lantio antaa periksi viittaa se suureen verenvuotoon ja voi olla uhkana lisävammutumiselle. Jos se antaa periksi tulisi se tukea tyhjöpöydällä eikä siihen saa enää koskea, jottei aiheuta lisävammoja. Päää tutkiessa on huomiota kiinnitettävä verenvuotoihin korvasta tai nenästä, kallon eheyteen, verenpurkauksiin ja haavaumiin. Esimerkiksi silmänalusmustelmat molemmilla puolilla viittaavat kallonpohjan murtumaan. Selkärankaa tutkiessa sen arastus tai niskan arastus viittaavat murtumaan ja potilasta tulee käsitellä varoen halvaantumisen estämiseksi. Raajoista tutkitaan mahdolliset vaurioennnot ja arastukset. Vammapotilas tulisi tutkimisen jälkeen pitää lämpiminä esimerkiksi peittelemällä avaruuslakanalla ja antamalla hänelle lämpimiä nesteitä. (Castrén ym. 2012, 158.)

3.4 Viestintä ja raportointi

Viestinnällä tarkoitetaan tässä työssä sosiaalista suullista vuorovaikutusta, joka tarkoittaa tiedon kulkemista terveydenhuollon ammattihenkilöltä toiselle. Hyvät viestintätaidot vaikuttavat työympäristöön, kollegoihin, hoidon laatuun ja siihen miten potilaat hoidon kokevat. Hoitajien tarvitsee työssään välittää tietoa potilaille, omaisille, kollegoille ja muille työyhteisössä työskenteleville. Hoitotyö edellyttää tiimityötä, vuorovaikutusta ja tiedon jakamista muille tiimin jäsenille, jotta potilaan hoidon jatkuvuus voidaan taata. (Groves 2014.)

Viestinnällä hoitotyössä tarkoitetaan kokonaisvaltaista tiedonkulkua eri hoitolaitosten sekä henkilöiden, potilaan ja potilaan omaisten välillä. Jokaisesta toimintayksiköstä löytyy potilasturvallisuussuunnitelma, jossa määritellään tiedonkulun periaatteet. Jokaisessa organisaatiossa on varmistettava tiedon välitys ja toimivuus eri henkilöiden välillä, varsinkin moniammatillisen tiimin kesken. Myös potilaalle on annettava tietoa häntä koskevista hoidoista, mahdollisista haitoista sekä häneen koskevista toimenpiteistä. (THL 2011, 27.)

Viestinnän puutteellisuuden vaikutus potilasturvallisuuteen on havaittu jo kauan sitten. Monet tutkimukset puoltavat sitä, että sujuva ja aktiivinen tiedonkulku lisää ryhmässä laatua sekä parantaa työstä suoriutumista. Jos henkilöt eivät missään vaiheessa kohtaa toisiaan, silloin puhutaan teknisten järjestelmien esteestä. Tämä on yksi este myös potilasturvallisuudelle, koska hoitajien välillä ei näin ollen synny luonnollista tapaa keskustella asioista. Tiedonkululle voi olla myös muita esteitä, kuten pelko siitä että astuisi esimerkiksi kokeneemman hoitajan tai lääkärin varpaille. Silloin oma näkemys ja mielipide voi olla vaikeaa tuoda esille, varsinkin jos koetaan työyhteisössä vallitsevan ammattiryhmien välinen hierarkia. Useimmiten virheet tapahtuvat kuitenkin silloin, kun ajatellaan asian olevan jo toisen henkilön tiedossa tai esimerkiksi ei koe potilaan voinnissa jotain pientä muutosta merkitykselliseksi kertoa. (Helovuori 2012.)

Manserin (2009) mukaan hyvä tiimityö vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Tiimityöskentely on tärkeässä roolissa huonojen tulosten ennaltaehkäisyssä. Terveystieteiden henkilöstön näkemys tiimityöskentelystä osoittaa, että asenteet turvallista tiimityöskentelyä kohtaan ovat suoraan yhteydessä potilasturvallisuuteen ja laatuun. Näkemykset tiimityöskentelystä ja johtajuustyyleistä ovat suhteessa henkilökunnan hyvinvointiin, joka voi vaikuttaa lääkärin kykyyn tarjota turvallista potilashoitoa. Tietyillä kaavoilla, työnjaolla ja johtajuudella voidaan tehostaa hyvää tiimityötä.

Edistääkseen tehokasta tiimityötä, hoitajien tulee arvostaa yksilöiden eroja, kunnioittaa toisiaan sekä arvostaa erilaisia taitoja, tietämystä ja asiantuntemusta. Hoitajien tulisi kyetä luottamaan toisiinsa ja tuottamaan yhteistyössä laadukasta hoitoa. Tiimissä voi ilmetä myös ristiriitatilanteita, jotka voivat johtua esimerkiksi kulttuuritaustasta, koulutustaustasta, laajasta ikähaarukasta ja persoonallisuudesta. Hyvien viestintätaitojen avulla tiimin jäsenet kykenevät

neuvottelemaan tehtäviä, ratkaisemaan ristiriitoja kypsästi, edistämään uskollisuutta ja vaikutusvaltaa sekä motivoimaan muita. Oikea asenne ja halu työskennellä muiden kanssa on toimivan yhteistyön lähtökohta. (Groves 2014.)

Viestintätavat ovat työntekijöillä erilaisia. Niihin vaikuttaa hoitajan luonne, sukupuoli, koulutus, kulttuuritausta, stressi, väsymys sekä asema työyhteisössä. Hoitotyössä ympäristö on hektinen ja meluisa, joka vaikuttaa siihen, että tiedonkulun epäonnistuminen on suuressa roolissa hoitovirheiden tapahtumaketjussa. (Boaro ym. 2010.)

Viestintä perustuu jokaisen omaan toimintaan ja sitä tulee aina kehittää. Jokaisen tulee olla tasavertainen tietoa antaessa ja jokaiselle tulee antaa mahdollisuus. Tärkeimmäksi asiaksi tiedonkulussa nousee kirjaaminen, jokaisen on tiedettävä mikä on oleellisin tieto minkä kirjaa potilaan tietoihin. Raportointitapoja onkin vielä nykypäivänä monia, monessa paikassa on siirrytty suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin. Joillakin työpaikoilla kuitenkin on vielä käytäntönä suullinen raportti, jossa työntekijät kokoontuvat yhteen ja kuulevat kaikista potilaista. Tämä raportointimalli vie kuitenkin todella paljon aikaa itse hoitotyöstä. Hyvin yhteen toimiva tiimi ei siis tarvitse suullista raportointia, kun kirjaaminen on tiimin sisällä kunnossa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59.)

Yli puolissa haittatapahtumissa syynä ovat olleet tiedonkulun ongelmat, joissa potilasturvallisuus on vaarantunut. Tunnustettu ongelma on myös kirjaaminen, jossa käytännöt ja tietojen siirtyminen tuottaa hankaluuksia. Vakavia vaaratapahtumia voi tapahtua myös kasvokkain tai puhelimitse raportoinnin yhteydessä, puhutaan väärinkäsityksistä. Kuitenkin hoitotyössä kerrotaan potilaan tilanteesta niin toisille hoitajille, kuin lääkäreille ja omaisille, joten esimerkiksi puutteellinen tiedonkulku voi aiheuttaa vakavan haitan. (Helovuori 2012.) Leonardin, Grahamin ja Bonacumin (2004) tutkimista lähes 2455 haittatapahtumasta yli 70 % johtui huonosta tiedonkulusta ja noin 75 % haittatapahtumista johti kuolemaan.

Peltomaan (2011) mukaan terveydenhuollon järjestelmä on riskialtis ja monimutkainen paikka. Potilaasta siirtyy todella iso määrä tärkeää tietoa eri ammattiryhmien ja yksilöiden välillä. Raportointiin ja ihmisten välisiin tiedonkulun ongelmiin vaikuttaa eri ammattiryhmien välinen valtasuhde, tiimin toimintakulttuuri ja sairaalan toimintakulttuuri.

Hoitajien keskinäinen viestintä sujuu paremmin kuin lääkärin ja hoitajan välinen viestintä. Tämän on katsottu johtuvan siitä, että hoitajat puhuvat keskenään selkeämmin ja kattavammin, mutta lääkäri puhuu ainoastaan lyhyin lausahuksin tarjoten vain tarkkoja faktoja. Puutteellinen tiedonkulku johtaa usein hoitovirheisiin. (Beckett & Kipnis 2009.)

Seppäsen (2009) mukaan lääkäreiden ja sairaanhoitajien välinen tiimityöskentely eroaa kovin työyhteisöjen välillä. Lääkärit ovat kokeneet, että työvuorojen vaihdot päivän aikana ovat ongelma potilaiden hoidon kannalta ja silloin hukataan tärkeitä potilastietoja. Tehokkaan ja turvallisen hoidon tärkeimpänä asiana pidetäänkin sairaanhoitajan ja lääkärin välistä viestintää.

Tjian ym. (2009) mukaan suurin osa sairaanhoitajista kokee hankalaksi viestinnän lääkärin kanssa puhelimitse, koska tuntee itsensä kiirehdytyksi. Monelle sairaanhoitajista on tullut tunne, ettei lääkäri halunnut käsitellä ongelmaa tai ettei lääkäri huomioinut heidän näkemyksiään potilaista. Tiedonkulun hankaluuksia aiheuttaa löytää aikaa ja hiljainen paikka puhelun soittamiseksi, lääkärin tavoittaminen puhelimitse ja takaisin soiton odottelemine. Tiedonkulun esteeksi havaittiin myös se, että lääkäri on kohdellut hoitajia epäkunnioittavasti ja töykeästi tai keskeyttänyt raportoinnin ennen kuin hoitajan on ollut tarkoitus lopettaa. Hoitajat ovat soittaessaan tunteneet vaivanneensa lääkäriä ja olonsa turhautuneeksi lääkärin kanssa viestinnän jälkeen.

Sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että lääkärit voisivat kehittää tiedonkulkua ylläpitämällä ammatillista käytöstä ja kunnioittamalla sairaanhoitajia. He myös toivoivat lääkäreiden myöntävän sen, että hoitajat tuntevat potilaan hyvin. Sairaanhoitajat toivoivat myös lääkäreiden haluavan työskennellä yhteistyössä heidän kanssaan. Tiedonkulun parantamiseksi lääkärit voisivat soittaa pikimmiten takaisin ja kuunnella silloin, kun heitä tarvitaan. Sairaanhoitajien tulisi kiinnittää huomiota ja määrittää käytänteitä, jottei tarpeettomia puheluja tulisi. Tärkeää olisi myös valmistautua puheluun hankkimalla potilaasta kaikki lääkärin tarvitsema tieto. (Tjia ym. 2009.)

Kurrosen (2011) mukaan suurin osa vaaratapahtumista aiheutui kiireestä. Viestintää oli vaikea hallita vähäisen henkilöstömäärän vuoksi sekä vaarariskeiksi koettiin myös kokemattomat ja aloittelevat työntekijät sekä suuri työn kuormitus ja ajoittainen levottomuus. Tutkimuksen perusteella pystyi toteamaan, että vaaratapahtumia sattui kaikkialla sairaalaympäristössä. Kaikki tapahtumat pääpiirteittäin raportoitiin erinomaisesti, mutta vaaratapahtumien ehkäisyyn liittyvät seikat oli raportoitu todella vähäisesti. Tutkimuksen toi esille sen, miten vaaratapahtumia voitaisiin hallita ja estää. Strukturoidut menetelmät antaisivat mahdollisuuden huomata vaaratapahtumat ennen niiden tapahtumista.

Myös potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan on tiedonkulun oltava katkeamatonta. Tällöin potilaasta laaditaan jatkohoidon suunnitelma ja vastuu potilaan hoidosta siirtyy sen myötä hoitolaistoksesta toiseen. Jatkohoitopaikka voi olla esimerkiksi kotihoito, terveyskeskus, sairaala, vanhainkoti tai joku yksityisen terveydenhuollon yksikkö. Potilaan hoitojakson lopussa tulee hoidosta laatia lyhyt, ytimekäs ja arvioiva yhteenveto, jota jatkohoitopaikka voi käyttää

apuna hoidon suunnittelussa. Hoitotyön yhteenveto sisältää potilaan tulotiedot, hoidon suunnittelun eli potilaan hoidon tarpeet, hoidon toteutuksen eli hoitotyön toiminnot sekä hoidon arvioinnin ja tulokset. (Iivanainen & Syväoja 2008, 535.)

Viestinnän tulisi olla aukotonta kaikissa vaiheissa, kun potilasta hoidetaan. Jokaisessa sairaalassa tulisikin siis olla yhtenäinen järjestelmä jolla pystytään lisäämään potilasturvallisuutta sekä yhtenäistämään tiedonkulkua. (Peltomaa 2011.)

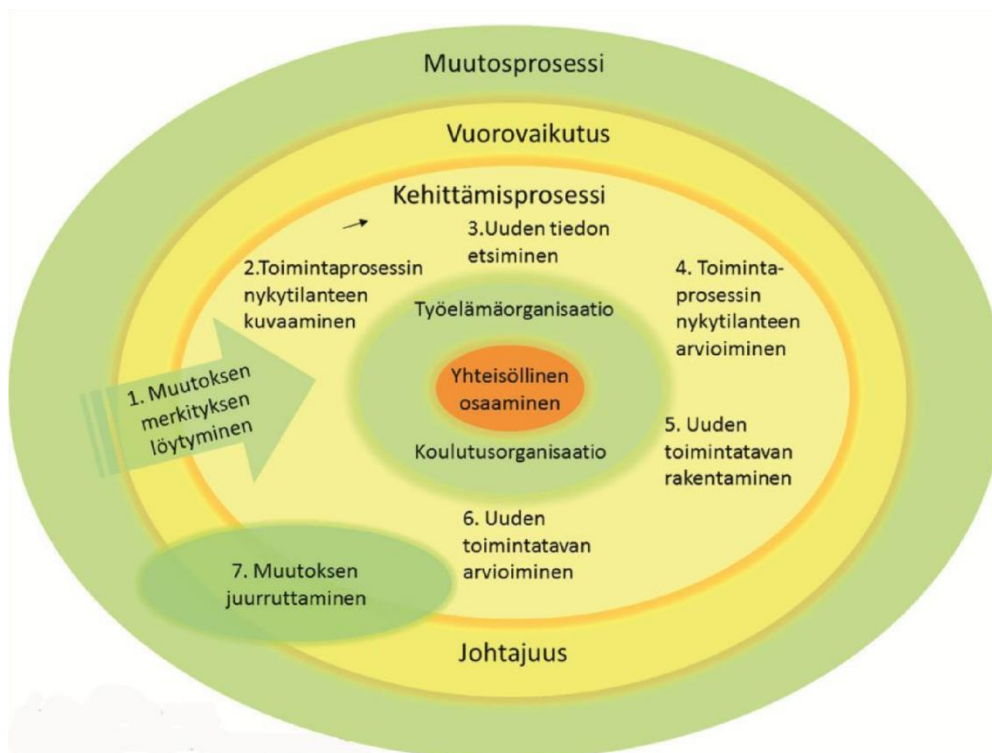
4 Kehittämistoiminnan menetelmät

Tämä opinnäytetyö toteutetaan juurruttamisen kehittämismenetelmällä. Nykytilanteen selvittämisessä ja kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa käytetään fokusryhmähaastattelua, joka on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.

4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttaminen on kehittämistoiminnan menetelmä, jossa uuden toimintatavan tuominen työyhteisöön ja sen käyttöönotto tapahtuvat samanaikaisesti. Kehittämistoiminta tapahtuu työyhteisön valitsemien jäsenien ja opiskelijoiden välisenä yhteistyönä työryhmässä. Juurruttamisessa keskeistä on työryhmän keskeinen vuorovaikutus. Jotta kehittämistoiminnalla saadaan aikaan muutoksia työyhteisön toimintatavoissa, se edellyttää työryhmän jäseniltä aktiivista työskentelyä. Kehityskohteen määrittäminen on kehittämistoiminnan lähtökohta. Toimintaa helpottaa se, jos koko työyhteisö kokee kehitettävän asian merkitykselliseksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21-22.)

Kehittämistoiminnassa ensimmäiseksi (Kuvio 1) tulee nostaa esille nykyinen toimintatapa, jota on kehitettävä. Seuraavaksi hankitaan tietoa nykytilanteesta henkilökunnan kuvaamana esimerkiksi haastattelun avulla. Tämän vaiheen tarkoituksena on saada työryhmän hiljainen tieto näkyväksi. Henkilökunnan nykytilanteen kuvauksen jälkeen etsitään käsitteellistä tietoa kehittämiskohteesta, jonka jälkeen arvioidaan nykytilannetta vertailemalla käsitteellistä ja hiljaista tietoa. Tämän tavoitteena on saada työyhteisö ymmärtämään muutoksen ja uuden toimintatavan tarpeen. Uuden toimintatavan hyvä perusteleminen teoreettisen ja tutkitun tiedon pohjalta helpottaa sen hyväksymistä työyhteisön käyttöön. Uuden toimintatavan käyttöönoton jälkeen hyötyä arvioidaan ja tarvittaessa hiotaan toimintatapaa lisää, jotta se on mahdollisimman hyvä juuri sen työyhteisön käyttöön. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25-26.)



Kuvio 1: Juurruttamisen vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27)

Juuruttamisen menetelmällä tehdyn kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa jotain uutta, joka sujuvoittaisi päivittäistä työtä. Kehittämistoiminnan työryhmän ja vuodeosaston esimiehen on tärkeää tuoda esille työyhteisössä pienetkin hyödyt siitä, miten uusi toimintatapa edistää toimintaa, koska henkilökunnan sitoutuminen muutokseen tapahtuu vuorovaikutuksessa. Muutoksen myötä esiin tulee uusia kehittämistarpeita, joihin on hyvä reagoida ja vaikka uusi toimintatapa ei juurtuisi, niin prosessia on tärkeä arvioida. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26-30.)

4.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Toiminnallisissa opinnäytetöissä tutkimusmenetelmiä käytetään tiedonhankinnan apuvälineenä selvityksen tekemiseen. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57). Juurruttamisen kehittämispöessin eri vaiheissa tarvitaan tietoa henkilökunnan kuvaamana. Tässä opinnäytetyössä laadullisen tutkimusmenetelmän avulla halutaan selvittää aluksi työryhmän jäsenten kokemuksia viestinnän nykytilasta sekä lopuksi uuden toimintatavan juurtumista ja hyödyllisyyttä.

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä on toimiva tapa toteuttaa selvitys, kun tarvitaan uutta tietoa jostain asiasta. Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä kysymykset ovat avoimia, mutta asiaan liittyviä. Kysymykset tulee miettiä niin, että vastaukset kuvaavat riittävän kattavasti ongelmaa, jota on lähdetty ratkaisemaan selvityksen avulla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tärkeää aineiston määrää, vaan sen laatu. Aineiston on oltava monipuolista, opinnäytetyön

sisällöllisiä tavoitteita tukevaa ja kohderyhmän tarpeita vastaavaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa selvityksen tekemiseen käytetään lomake- tai teemahaastattelua yksilöille tai ryhmille. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 57-64.)

4.3 Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä käytetään teemoitettua fokusryhmähaastattelua nykytilanteen selvityksen tiedonkeruumenetelmänä. Haastattelumenetelmiä ovat yksilö-, pari- ja ryhmähaastattelut sekä strukturoitu haastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Yksilöhaastattelu on hyvä vaihtoehto silloin, kun aihe on tunteita herättävä eikä siitä välttämättä haluta keskustella ryhmässä. Ryhmähaastattelu on hyvä tiedonkeruumenetelmä, kun osallistujat edustavat esimerkiksi samaa ammattiryhmää ja aihe ei ole arkaluontoinen. Ryhmähaastattelun yksi muoto on fokusryhmähaastattelu, jonka hyvä puoli on se, että tietoa saadaan usealta tietolähteeltä samanaikaisesti. Lisäksi fokusryhmähaastattelun etuna on, että toisen haastateltavan vastaus voi tuoda toiselle ryhmän jäsenelle mieleen joitain kokemuksia haastattelun aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95.)

Fokusryhmähaastattelu on kehitetty 1920-luvulla markkinointikampanjoita varten ja nykyisin sitä käytetään terveydenhuollon ammattihenkilöiden tutkimuksissa, päätöksenteoissa, viestinnässä ja ajattelutavoissa sekä potilaiden kokemusten ja ajattelutapojen ymmärtämisen tukena. Fokusryhmähaastattelun käytetyin tarkoitus on pyrkiä selvittämään jokin tai jotakin tilannetta. Siinä kysytään ryhmältä mitä mieltä kukin on kokemuksista, mitkä ovat heidän näkemyksensä tai mielipide asioihin. Usein terveydenhuollossa ryhmäkeskustelujen yhteydessä tulee ilmi myös mahdollinen työpaikan hierarkkisuus. Ryhmän sisäinen vuorovaikutus on todella tärkeää viestinnässä. (Mäntyranta & Kaila 2008.)

Sosiaali- ja terveysalalla fokusryhmähaastattelua käytetään esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan, viestinnän tai toimintatavan tutkimuksiin. Fokusryhmähaastattelu on haastattelijan ennalta suunnitteleminen kysymysten pohjalta muodostuva haastattelu. Tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa ilmiötä sekä vastaamaan kysymyksiin kuinka, miksi, miten tai mitä. Ryhmän koko on 4-10 henkilöä ja tavoitteena on erilaisten näkökulmien esille tuominen. (Mäntyranta & Kaila 2008, 1507.)

Haastattelut luokitellaan usein myös erilaisiin haastattelutyyppeihin sen mukaan, kuinka strukturoituja eli jäsenneltyjä ne ovat. Toinen ääripää on täysin strukturoitu ja muodollinen haastattelu, jossa ennalta tarkkaan laaditut kysymyssarjat esitetään jokaiselle samalla tavalla. Toinen ääripää taas on täysin avoin haastattelu, jolle on määrätty tietty aihe, josta haastateltava saa puhua vapaasti mitä haluaa. Vaihtoehtona haastattelulle on myös näiden

ääripäiden välimuoto, puolistrukturoitu haastattelu eli teemahaastattelu. Tässä haastattelu-tyypissä haastattelun keskeiset asiat on päätetty, mutta haastattelussa on myös vapauksia esimerkiksi tarkentaa kysymyksiä ja vaihtaa kysymysjärjestystä. Haastattelija on siis laatinut keskustelulle kuitenkin teeman ja aihepiirit, mutta haastattelutilanne ei ole muodollinen eikä täysin avoin. Haastattelu äänitetään ja litteroidaan eli kirjoitetaan tekstiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 96.)

4.4 Kysely tiedonkeruumenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä käytetään kyselyä tiedonkeruumenetelmänä uuden toimintatavan juurtumisen arvioimiseksi. Kyselyn avulla pyritään selvittämään yleensä konkreettisia asioita, kuten esimerkiksi kohderyhmän mielipiteitä. Standardoidussa kyselyssä asioita kysytään kaikilta vastaajilta samassa muodossa. Aineistonkeruumenetelmänä kysely on tehokas, koska se säästää tutkijoiden aikaa. Hyvin suunniteltu kyselylomake helpottaa aineiston analysointia ja raportointia. Kuten kaikilla aineistonkeruumenetelmillä, myös kyselyllä on heikkouksia. Ongelmakohtia voi esiintyä esimerkiksi siinä, että tutkijat eivät voi tietää, miten vakavasti kyselyyn vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. Kyselylomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoja esimerkiksi tosiasioista, toiminnasta, asenteista ja mielipiteistä. Täsmällisiä tosiasioita on kysyttävä suoraan yksinkertaisina avoimina kysymyksinä tai monivalintatyypillisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 193-197.)

Kysymyslomakkeen kysymykset voidaan muotoilla monella tapaa. Yleisimmin käytetään joko avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja alle jätetään tilaa vastausta varten. Laadullisessa tutkimuksessa avoimet kysymykset ovat olleet tutkijoiden suosiossa jo vuosikymmenien ajan. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa sen, mitä hänellä todella on mielessään. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-200.)

4.5 Aineiston litterointi ja sisällönanalyysi

Aineistoa litteroidessa nauhoitettu haastattelu kirjoitetaan puhtaaksi sanasta sanaan. Haastattelvien nimiä tai muita tietoja, josta heidät voitaisiin tunnistaa, ei mainita litteroinnissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 110-111.) Tässä opinnäytetyössä litteroitiin haastattelun avulla saatu aineisto, joka oli äänitetty ryhmähaastattelutilanteessa.

Kun haastattelun aineisto on litteroitu, se on analysoitava. Tässä opinnäytetyössä kvalitatiivinen aineisto analysoidaan teorialähtöisellä sisällönanalyysillä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen. Teorialähtöisessä analyysissä yläluokat määritellään haastattelun teemojen perusteella ja niihin ryhmitellään saadusta

aineistosta niitä kuvaavia ilmaisia tai lausumia. Pelkistämisvaiheessa alkuperäishaastattelun ilmaisia tiivistetään niin, että sen olennainen sisältö kuitenkin säilyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133-136; Kylmä & Juvakka 2007, 113-117; Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

4.6 Muutos kehittämistoiminnassa

Usein luodaan uusia toimintatapoja ja odotetaan niiden siirtyvän automaattisesti työyhteisön käyttöön. Tällä tavalla voidaan lisätä osaamista ja yksilön tietoisuutta uudesta tavasta toimia, mutta uuden toimintatavan oppiminen ei välttämättä kuitenkaan tuota muutosta koko työyhteisön käytännön toimintaan. Juurruttamalla tehdyn opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda työyhteisöön uutta tietoa, jonka avulla voidaan yhteistyössä kehittää jotain jo olemassa olevaa ja sujuvoittaa päivittäistä toimintaa. Kehittämisprosessi vaatii pitkäjänteisyyttä, koska se tuo mukanaan myös muutoksen työyhteisössä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kehitettävän uuden toimintatavan on tuotettava asiakkaalle hyötyä ja oltava säädösten mukainen. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30.)

Toimintatavan muutosprosessiin työyhteisössä kuuluu vanhasta toimintatavasta luopuminen ja uuden toimintatavan omaksuminen. Työyhteisöön kuuluvat yksilöt voivat edetä muutosprosessissa eri vaiheissa. Muutokseen työyhteisössä liittyy neljä eri vaihetta: muutosta edeltävä vaihe, uhan kokemisen vaihe, vastustuksen vaihe ja hyväksyminen. Muutosta edeltävässä vaiheessa on tuotu esille kehittämisen ja muutoksen tarve, joka voi herättää ennakoasenteita uutta kohtaan ja aavistelua tulevista. Tässä vaiheessa on hyvä käydä avointa keskustelua muutoksesta, jotta saataisiin aikaan päätös kehittämisestä. Kehittämispäätöksen jälkeen seuraa uhan kokemisen vaihe, joka aiheuttaa epävarmuutta työyhteisössä. Työyhteisö tarvitsee tietoa sekä tukea muutoksesta, jotta sen merkitys heille selviää. Tämän jälkeen seuraa vastustuksen vaihe, jolloin saattaa ilmetä muutosvastarintaa ja tunteet nousevat pintaan. Tässä vaiheessa tavoitteena on vastustuksesta luopuminen, joka voidaan saavuttaa esimerkiksi tiedottamalla ja perustelemalla muutoksen tarvetta. Neljäs muutosprosessin vaihe on hyväksyminen, jolloin työyhteisö tarttuu uusiin haasteisiin. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30-31.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöihin kohdistuu jatkuvasti muutospainetta, jotka aiheutuvat esimerkiksi koulutustason noususta, yhteiskunnan odotuksista ja vaatimuksista sekä hoitoalan tutkimusten lisääntymisestä johtuvasta kehittämistarpeesta. Lisäksi samanaikaisesti hoitomenetelmät kehittyvät, teknologia uudistuu, hoidon linjaukset muuttuvat ja taloustilanne kiristyy tuoden mukanaan säästöpainetta. (Holopainen ym. 2013, 10-11.)

Terveysthuollon toimintatapojen kehittämiseksi on muutospaineista johtuen jatkuva tarve. Eri organisaatiot etenevät kehittämistoiminnassa eri tahtiin erilaisista syistä johtuen, joka näkyy asiakkaille niin, että toimintatavat voivat vaihdella paikkakunnittain ja organisaatioittain. Myös saman organisaation sisällä toimintatavoissa saattaa olla eroavaisuuksia. Kehittämistoiminnan tavoitteena on kehittää yhtenäisiä toimintatapoja alueellisesti ja kansallisesti. On epäeettistä pitää kiinni toimintatavoista, jos on olemassa asiakkaan kannalta parempikin tapa toimia. (Holopainen ym. 2013, 32-33.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Ennen kehittämistoiminnan aloitusta oli kohdeorganisaatiolta haettava tutkimuslupaa (Liite 1). Tutkimuslupapäätöksen (Liite 2) myöntämisen jälkeen selvitettiin kohdeorganisaation työelämän edustajalta juurruttamisen työryhmään kuuluvat sairaanhoitajat. Työryhmän sisäinen viestintä tapahtui koko kehittämisprosessin ajan sähköpostin välityksellä.

5.1 Nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteen valinta

Tässä opinnäytetyössä nykytilanne selvitettiin fokusryhmähaastattelun avulla, jonka pohjana käytettiin etukäteen laadittua haastattelulomaketta (Liite 3). Aineistoa analysoidessa (Liite 4) yläluokat määrittyivät haastattelun teemojen perusteella ja niihin ryhmiteltiin saadusta aineistosta niitä kuvaavia ilmaisuja. Pelkistämisvaiheessa haastattelun alkuperäisiä ilmaisuja tiivistettiin niin, että ilmaisen olennainen sisältö säilyi. Nykytilanteen kuvaus tehtiin haastattelun teorialähtöisen analyysin pohjalta.

Viestinnän nykytilaa kuvattiin yleisesti aika avoimena, suorana, rehellisenä ja sujuvana. Työyhteisöissä tieto kulkee hiljaisen raportoinnin lisäksi tarvittaessa myös suullisesti. Raportoinnin kannalta oleellinen tieto tiedostetaan. Viestintä on moniammatillista ja asioita käsitellään yhdessä. Hyvän raportoinnin ja sen jatkuvan kehittämisen merkitys tunnustetaan.

Aika avointa, suoraa ja rehellistä.

Sujuvaa, kaikki tietää mikä on tärkeää raportoida eteenpäin esimerkiksi suullisesti.

Vaikka meillä on käytössä se hiljainen raportointi, niin kyllä meillä vielä sitä ääntäkin käytetään, vaikka asiat löytää koneelta niin vielä suullisesti käydään läpi selkeyttääksemme asioita.

Joskus sh:t keskenään raportoi tai välillä omahoitajat keskenään tai yhdessä mietitään.

Raportointi on hirmu tärkeää, se on kaiken a ja o. Kaikilla varmasti on siinä jotain kehittämistä, joltain osa-alueelta.

Hoitajien mielestä raportointi ja viestintä hoitajien ja lääkärin välillä on luontevaa. Osastonlääkärille raportoidaan heti suullisesti potilaan voinnin muutoksista hänen ollessaan paikalla. Ei-kiireelliset asiat raportoidaan lääkärivihkoon, josta tieto välittyy eteenpäin. Osastonlääkärille raportoidessa ei hoitajien mielestä juurikaan tarvitse valmistautua raporttiin, koska potilaat ovat lääkärille ennestään tuttuja. Ulkopuolista (esim. päivystävää) lääkäriä konsultoidessa on osattava kertoa potilaasta oleelliset asiat.

Jos potilaan vointi heikkenee esimerkiksi, huonovointinen tai muuten, että tietää miten lääkäri on paikalla.

Pienistäkin asioista mennään, jos se on potilaalle tärkeä asia.

(Kiireellisessä tilanteessa) riippuu siitä, onko meillä just silloin lääkäri paikalla vai tapahtuuko jotain päivystysaikana. Yleensä se lääkäri haetaan paikalle ja se saa tulla tutkimaan potilasta.

On kiva kun lääkärit on joka osastolla niin voi hihkasta että tuletko kattoo, on enemmän sellaista suullista raportointia.

Jos esim. yövuoron aikana on jotain sellaista mitä aamuvuoron hoitajan tulee kertoa, niin sitten se kirjoitetaan myös ylös lääkärivihkoon.

Meillä lääkäri tuntee nämä potilaat täällä tosi hyvin, että sitten yleensä riittää se mikä potilaalla on.

Jos joutuu soittamaan päivystysaikana lääkärille, niin sitten on asia erikseen että pitää kertoa sitä taustaa tai muuta.

Raportointi eri yksiköiden välillä oli hoitajien mielestä myös sujuvaa, mutta myös epäkohtia tiedonkulussa löytyi. Tietoa potilaasta saadaan suullisesti, kirjallisesti ja sähköisesti potilas-tietojärjestelmien kautta. Yleensä saadaan tarvittava tieto potilaasta. Siirtotilanteessa potilaasta raportoidaan etukäteen puhelimitse. Puhelimitse tapahtuvassa suullisessa raportissa tulisi käydä ilmi kaikki potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto. Selkeitä ohjeita raportointiin ja raportin sisältöön ei ole.

Sairaalan ensiavun kanssa sujuvaa, usein ollaan enemmän yhteydessä tk päivystykseen. Yhteydenpitoa on paljon.

Yleensä kyllä, kysytään sitten vielä tarkemmin.

Ensin potilaasta tulee TK lähete tänne miksi potilas tulee jatkohoitoon, sit tosiaan kun me soitetaan tai ne soittaa meille puh raporttia ja sitten tarkistetaan koneelta, Navitas ja Pegasos.

Hoitajan lähete tehdään, mikä jää koneelle plus jos jossakin paikassa ei ole samaa niin tulostetaan se lähete. Meillä menee kaikki tiedot pegasoksen kautta. Ja Navitaksen kautta näkyy sairaalajutut.

Suullinen raportointi, ennen ku potilas tulee, mutta sitten on myös se lähete mistä me nähää.

Jos potilas tulee esimerkiksi ambulanssilla, yleensä raportti on jo tapahtunut hoitajien keskenään.

Tulosy, mikä on tulosy miksi hoidossa, liikkumiset, syömiset, lääkitys, jatko-hoito onko jotain ohjeita jatkoon suhteen? Tietysti jos on jokin haavahoito, niin siihen hoito-ohjeet. Jos potilas lähetetään muualle, niin mikä on se syy miksi lähetetään.

Suullinen ohje uusille hoitajille, kaikki hoitajat on niin ammattitaitoisia, tämän koulutuksen käyneitä että mä uskon että on ollu koulutus jo meidänkin aikana että käydään läpi mitä se sisältää.

Hoitajat tiedostivat hyvin tilanteita, joissa potilasturvallisuus voi vaarantua raportoinnin ongelmien vuoksi. Hiljaisessa raportoinnissa koettiin ongelmalliseksi esimerkiksi se, että jos kaikkea ei ole ehditty kirjaamaan ennen raportin lukua voi potilaan hoidon kannalta oleellisia tietoja jäädä epätietoisuuteen. Ongelmaksi koettiin myös se, että joskus hoidon kannalta oleellisia asioita voi unohtaa raportoida. Hoitajat toivat esiin myös sen, että joskus raportoitu tieto on virheellistä ja tarvittavan tiedon saaminen toisinaan haasteellista. Tärkeäksi koettiin viestintä kaikkien hoitoon osallistuneiden kanssa, omaiset mukaan lukien. Myös häiriötekijöiden minimointi olisi hoitajien mielestä tärkeää, koska raporttia lukiessa oleellisia tietoja voi jäädä huomaamatta häiritsevän ympäristön vuoksi.

Mun mielestä voi olla sellanen ongelma, että lääkärinkierron jälkeen sh kirjaa koneelle ja iltavuoro on jo ehtinyt tulemaan niin ei välttämättä ehdi lukea niitä asioita mitä sinne kirjataan.

Joskus on jäänyt informeeraamatta tosi oleellinen asia, että potilas on ollut MRSA altistunut... MRSA altistunut oli jo ehditty laittamaan 2 hengen huoneeseen, ennen kuin saatiin tietää jolloin se toinenkin altistui.

On siel joskus jotain (ongelmia) ollut, esimerkiksi lääkkeissä aina joskus. Marevan määritykset puuttuu tai Marevan-ohje puuttuu.

Joskus tulee jalattomia potilaita, jotka ite kävelee ovelta huoneeseen. Vähän on epätasmaalista aina välillä.

Kyllähän se niin on, että sitä raporttia saa hakea ja joutuu hakemaan monesta paikasta ja katsomalla potilasta, papereista, koneelta, saattaja, omaisilta, kiltä

Omaisten ja hoitajien välillä saisi olla enemmän kommunikointia. Se ois hirveen oleellista, että ei tuu mitään väärinkäsityksiä jne.

Siihen (raportin lukemiseen) pitää keskittyä kun tulee iltaan ja se saattaa venyy ja yks potilas kestää tosi kauan lukea kun tulee keskeytyksiä, se on iso ongelma.

Joillekin voi sopia että on sitä pientä taustahälyä, mutta itselleni se ei sovi.

Pääosin viestintä ja raportointi koettiin sujuvaksi työyhteisön sisällä ja muiden yksiköiden välillä. Raportointi työyhteisössä oli moniammatillista, avointa ja sujuvaa. Tieto kulki hiljaisen raportin lisäksi tarvittaessa suullisesti. Ongelmakohtia kuitenkin myös ilmeni. Yhteistyötä oli

vastausten mukaan paljon muiden yksiköiden välillä. Raportoinnin suurimmaksi ongelmaksi tulosten perusteella nousi puutteellinen raportointi yksiköiden välillä ja sen, että mitään selkeitä ohjeita tai muistilistaa raportin sisältöön ei ole.

Viestinnän puutteellisuuden vaikutus potilasturvallisuuteen on havaittu jo kauan sitten. Monet tutkimukset puoltavat sitä, että sujuva ja aktiivinen tiedonkulku lisää ryhmässä laatua sekä parantaa työstä suoriutumista. Jos henkilöt eivät missään vaiheessa kohtaa toisiaan, silloin puhutaan teknisten järjestelmien esteestä. Tämä on yksi este myös potilasturvallisuudelle, koska hoitajien välillä ei näin ollen synny luonnollista tapaa keskustella asioista. Tiedonkululle voi olla myös muita esteitä, kuten pelko siitä että astuisi esimerkiksi kokeneemman hoitajan tai lääkärin varpaille. Silloin oma näkemys ja mielipide voi olla vaikeaa tuoda esille, varsinkin jos koetaan työyhteisössä vallitsevan ammattiryhmien välinen hierarkia. Useimmiten virheet tapahtuvat kuitenkin silloin, kun ajatellaan asian olevan jo toisen henkilön tiedossa tai esimerkiksi ei koe potilaan voinnissa jotain pientä muutosta merkitykselliseksi kertoa. (Helovuori 2012.)

Yli puolissa haattatapahtumissa syynä ovat olleet tiedonkulun ongelmat, joissa potilasturvallisuus on vaarantunut. Tunnustettu ongelma on myös kirjaaminen, jossa käytännöt ja tietojen siirtyminen tuottaa hankaluuksia. Vakavia vaaratapahtumia voi tapahtua myös kasvokkain tai puhelimitse raportoinnin yhteydessä, puhutaan väärinkäsityksistä. Kuitenkin hoitotyössä kerrotaan potilaan tilanteesta niin toisille hoitajille, kuin lääkäreille ja omaisille, joten esimerkiksi puutteellinen tiedonkulku voi aiheuttaa vakavan haitan. (Helovuori 2012.) Leonardin, Grahamin ja Bonacumin (2004) tutkimista lähes 2455 haattatapahtumasta yli 70 % johtui huonosta tiedonkulusta ja noin 75 % haattatapahtumista johti kuolemaan.

Yli puolissa raportoiduista haattatapahtumista syynä ovat olleet tiedonkulun ja viestinnän ongelmat. Suurin osa näistä olisi ehkäistävissä. Viestinnän yhtenäistämiseen ja raportoinnin oleellisen sisällön hahmottamiseen tulee kiinnittää huomiota terveydenhuollossa. Väärinkäsityksiä voidaan estää esimerkiksi ohjeita ja määräyksiä toistamalla sekä varmistamalla, että molemmat viestinnän osapuolet ovat yhteisymmärryksessä. Viestinnän tulisi olla avointa ja hyväksyvää, jotta kenenkään ei tarvitsisi työyhteisössä miettiä, uskaltaako tuoda ilmi epäkohdia tai kysyä mietittyttäviä asioita. Raportoinnin ollessa jäsenneltyä ja suunnitelmallista ei kuluisi aikaa pohdintaan, mikä on potilaan hoidon kannalta oleellista tietoa ja mikä ei.

5.2 Uusi toimintatapa ja sen juurruttaminen työyhteisöön

ISBAR-menetelmän avulla voidaan vähentää tiedonkulun ongelmia ja sen kautta parantaa potilasturvallisuutta. ISBAR-menetelmän avulla hoitajien olisi helpompi hahmottaa, mitä raportissa on oleellista kertoa ja mitä tietoja raportissa tulee saada. ISBAR-menetelmä toimisi

osastoilla ohjeena siihen, mitä tietoja raportin pitäisi sisältää, koska aikaisemmin ohjeita raportointiin ei ole ollut.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa työyhteisöä palveleva toimintatapa. Kehittämistoiminnassa keskityttiin siihen, että uusi toimintatapa otettaisiin käyttöön suullisen raportoinnin apuvälineeksi, helpottamaan raportoinnin kannalta oleellisten asioiden havainnollistamista. Kehittämistoiminnassa pyrittiin siihen, että ISBAR-menetelmä otettaisiin käyttöön potilaan siirtotilanteisiin ja lääkärinkonsultaatioihin puhelimitse kiireettömissä ja kiireellisissä tilanteissa.

Osaston henkilökunnan osallistamisella kehittämishankkeeseen pyrittiin siihen, että toimintatavan juurruttaminen työyhteisön käyttöön helpottuu. Koulutus ISBAR-menetelmästä työryhmälle toteutettiin PowerPoint-esityksen avulla (Liite 5), jotta esitys oli mahdollisimman selkeä. Koulutus järjestettiin Lohjan keskustan terveysaseman kokoustilassa 4.3.2015. Koulutukseen sai osallistua halutessaan myös muita hoitajia osastoilta. PowerPoint-esitys lähetettiin koulutuksen jälkeen työryhmän jäsenille sähköpostitse ja sitä sai käyttää apuna ISBAR-menetelmän juurruttamiseksi työyhteisön käyttöön. Osastoille oli etukäteen tilattu ISBAR-kortteja ja ISBAR-taskuoppaita, joiden käyttöön kannustettiin koulutuksessa. Uuden toimintatavan käyttöönottoon oli aikaa kolme kuukautta ennen sen onnistumisen arviointia.

6 Kehittämistoiminnan tulokset ja arviointi

6.1 Uuden toimintatavan juurtumisen arviointi

Kehittämistoiminnan onnistumista eli uuden toimintatavan juurtumista arvioitiin tässä opinnäytetyössä kyselyn (Liite 6) avulla. Kyselyssä oli kuusi avointa ISBAR-menetelmään ja sen käyttöön liittyvää kysymystä. Kysely lähetettiin työryhmän jäsenille sähköpostitse 4.6.2015 ja vastausaikaa oli 19.6 saakka eli noin kaksi viikkoa. Vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä 8 eli työryhmään osallistuneiden lisäksi kolmelta muulta hoitajalta. Kyselyn vastaukset analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla ryhmittelemällä alkuperäiset ilmaukset yläluokkiin ja pelkistämällä ilmauksia (Liite 7).

Kyselyn ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin toimenpiteitä, joiden avulla työyhteisöissä on pyritty ottamaan käyttöön ISBAR-menetelmää. Vastausten mukaan ISBAR-kortti on esillä puhelimen läheisyydessä kansliassa, menetelmän käytöstä on keskusteltu osastotunnilla, ISBAR-kortin taskuversio on jaettu jokaiselle hoitajalle ja menetelmän käytöstä on muistutettu. Alle on koottu poimintoja vastauksista.

Puhelimen läheisyyteen laitettu ISBAR-kortti, jotta kiireetön/kiireellinen tilanne tulisi huomioituksi raportoinneissa.

Ohjeistus aina saatavilla mm. ohje puhelimen lähellä.

Puhelimen vieressä on ISBAR-kortti.

Kansliassa ohje puh. vieressä.

Kansliassa ohje.

ISBAR-ohje ollut tutustumista varten esillä.

Osastotunnilla on asiasta kerrottu ja kehoitettu soveltamaan.

Osastotunnilla käsitelty yhdessä asiaa.

Osastopalaverissa puhuttiin tutkimuksesta.

Asiasta keskusteltiin alustavasti osastotunnilla opiskelijoiden antaman perehdytyksen jälkeen. ISBAR-kortit + ohjeet otettiin kansliaan esille raporttoimista varten.

ISBAR on esillä kansliassa ja pitäisi olla jokaisella hoitajalla taskussa.

Jokaiselle jaettu ”taskukorttiohjeistus”.

Jokaiselle jaettu ISBAR-OHJE.

Muistutettu ISBARin käytöstä.

Kyselyn toisessa kysymyksessä selvitettiin, että millaisissa tilanteissa vastaajat ovat käyttäneet ISBAR-menetelmää. ISBAR-menetelmää oli käytetty raportoidessa potilaasta jatkohoitopaikkaan, suullisesti raportoidessa puhelimitse, raportoidessa päivystävälle lääkärille ja osastonlääkärille, apuna päivystykseen soittaessa, apuna hälytyskeskukseen soittaessa, raporttia vastaanottaessa sekä tarkastuslistana kotiutustilanteessa. Alla on esitetty suoria poimintoja saaduista vastauksista.

Kun potilas on siirtynyt toiseen hoitopaikkaan.

Raporttia annettaessa potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan.

Kun olen siirtämässä potilasta jatkohoitoon.

Raporttia antaessa esim. toiseen sairaalaan.

Potilassiirroissa raportoinnin tukena.

Raportin antaminen puhelimitse.

Puhelinraporttia antaessa uuteen hoitopaikkaan.

Esim. päiv. lääkärille. Myös uuden potilaan esittely osaston lääkärille.

Kun olen päivystykseen soittanut potilaasta.

Kun tilannut häkestä kyytiä/apua potilaalle.

Soittaessani potilaalle ambulanssin.

Ambulanssia tilattaessa.

Kun vastaanottanut raporttia potilaasta.

Raportin vastaanotto puhelimitse.

Kotiutustilanteessa tarkastuslistan muodossa.

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin vastaajien kokemuksia ISBAR-menetelmästä raportoinnin apuvälineenä. Kahden vastaajan mukaan ISBAR-menetelmä ei tuonut juurikaan muutosta aikaisempaan raportointiin verrattuna. Muiden vastaajien mukaan menetelmän koettiin helpottavan tarvittavien tietojen kertomista kiireellisessä tilanteessa, tukevan suullista ja kirjallista raportointia, parantavan tiedonkulkua sekä edistävän potilasturvallisuutta vähentämällä erehdyksiä. ISBAR-menetelmä koettiin simppeliksi, hyväksi ja selkeäksi muistamisen apuvälineeksi. Koettiin myös, että menetelmän avulla raporttiin voi valmistautua etukäteen kiireettömästi. Vastauksissa kävi myös ilmi, että ISBAR-menetelmän käyttö olisi selkeämpää, kun molemmilla osapuolilla olisi tieto raportin kulusta. Alle on koottu suoria lainauksia vastauksista.

Ei muutosta edelliseen mielestäni.

Raportointi miltei samanlaista kuin ennenkin.

Hyväksi! Sain kerrottua kiireellisessä tilanteessa tarvittavat tiedot.

Simppeliksi ja hyväksi.

Selkeyttää ja on muistin apuna.

Tukee hyvin suullisessa ja kirjallisessa raportoinnissa.

Tukee raportin antoa.

Tiedonkulku paranee.

Potilasturvallisuus lisääntyy, riski erehdyksiin pienenevät.

Selkeä, kun raportin antajalla ja vastaanottajalla sama käsitys tilanteesta.

Ihan selkeä. Toimisi ehkä paremmin jos myös raportin vast.ottaja ”tietäisi” että annan raporttia ISBARin mukaan.

Raporttiin voi miettiä etukäteen kaikki osa-alueet kiireettömästi.

Neljännessä kysymyksessä haluttiin selvittää vastaajien kokemuksia siitä, miten ISBAR-menetelmä vaikuttaa tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuteen. Menetelmä koettiin hyväksi ja turvalliseksi. Vastausten perusteella koettiin, että varmistukset edistävät potilasturvallisuutta ja menetelmä selkeyttää raportointia ja hoidon kannalta oleellisen tiedon hahmottamista. Me-

netelmän koettiin olevan selkeä ja auttavan muistamaan, edistävän potilasturvallisuutta selkeyttämällä tiedonkulkua ja vähentämällä näin riskejä. Menetelmän avulla raportoinnin koettiin olevan selkeää, jäseneltyä ja perusteellista. Alle on koottu suoria lainauksia vastauksista.

Hyväksi ja turvalliseksi.

Toki varmistukset turvaavat potilasta ja hoitotoimia.

Selkiyttää raportointia eteenpäin ja osaa antaa tarvittavat tiedot.

Tarvittava tieto kulkeutuu toiselle osapuolelle eikä jää tarpeettoman tiedon alle.

Hoitajan täytyy aina tietää mistä puhuu ja antaa potilaasta oikeanlainen raportti annettiin se millä tavalla tahansa.

Selkeyttää ja on muistin apuna.

Potilasturvallisuus lisääntyy, tiedonkulku selkeytyy. Riskit vähenevät.

Selkeä jaottelu ja otsikointi auttaa jäsentämään raportin ja tärkeät asiat tulee esille perusteellisesti.

Viidennessä kysymyksessä selvitettiin, että miten osastoilla on suhtauduttu ISBAR-menetelmän käyttöönottoon. ISBAR-menetelmään suhtauduttiin osastoilla myönteisesti tai asiasta ei ollut keskusteltu. Uuden toimintatavan käytöstä kaivattiin vielä lisää koulutusta, kannustusta ja muistuttamista. Alle on koottu suoria poimintoja vastauksista.

ISBAR on otettu positiivisesti vastaan. On hyvä toisinaan herätellä muistiaan/virkistää toimintaansa.

Ei ole suhtauduttu kielteisesti ainakaan. Myönteisesti suhtauduttu ehkä esillä olevien korttien vuoksi. Osastollamme on raportoitu ISBARin mukaan jo ennen tätä projektia, ehkä tiedostamattakin.

Hyvin on suhtauduttu. Aluksi tietenkin ihmettelyä.

En tiedä, ei ole ollut keskustelua.

Asiasta ei ole ollut keskustelua!

Kaivataan vielä koulutusta lisää.

Tarvitsee kannustusta ottaa ohje käyttöön - muistaa ottaa ohje esiin.

Kiireessä helposti vielä unohtuu.

Kuudennessa ja viimeisessä kysymyksessä kysyttiin vastaajien mielipiteitä ISBAR-koulutuksesta ja materiaalista sekä niiden vaikutuksista uuden toimintatavan käyttöönottoon. Vastausten

mukaan ISBAR-koulutuksen koettiin auttavan hahmottamaan oleellisia asioita raportin sisällössä. ISBAR-kortti ja YouTube-video koettiin selkeiksi. Yhden vastaajan mukaan koulutus oli aika turha ja koulutukselta odotti enemmän kuin sai irti. Konkreettista ohjeistusta ja tietoa projektin etenemisestä kaivattiin enemmän. Lisäksi aiheesta kaivataan vielä lisää koulutusta, materiaalia ja säännöllistä kertausta.

ISBAR-koulutus & materiaali loi/toi konkreettisen näkyvyyden oleellisista raportoitavista asioista, joita on käytetty aiemminkin.

ISBAR-kortit selkeät, samoin YouTube-video selkeytti asiaa.

Koulutus tkn kokoustiloissa mielestäni aika turha, odotin enemmän kuin sain irti. Kalvoilta tai paperista olisi jokainen osannut lukea itsekin suoraan.

Enemmän olisi kaivattu ihan konkreettista ohjeistusta ja tiedotusta teiltä hyvät opiskelijat miten ja millä aikataululla projekti etenee.

Kaivataan lisää koulutusta ja kertausta silloin tällöin.

Enemmän materiaalia kaivataan.

ISBAR-menetelmä otettiin hyvin käyttöön työyhteisössä. Jokaiselle hoitajalle oli jaettu ISBAR-kortti taskuun ja puhelimen läheisyyteen oli laitettu ISBAR-ohje. Työyhteisöissä asiaa oli käsitelty myös osastotunneilla. Raportointimenetelmää oli vastausten mukaan käytetty runsaasti ja luovasti eri tilanteissa, mutta kuitenkin kaikki eivät kokeneet ISBAR-raportointimenetelmän tuoneen muutosta raportointiin. ISBAR-menetelmä koettiin kuitenkin pääosin helpoksi käyttää ja hyödylliseksi apuvälineeksi. Raportointimenetelmän koettiin vaikuttavan raportointiin ja potilasturvallisuuteen myönteisesti auttamalla hahmottamaan oleellisia asioista raportin sisällössä sekä jäsentelemällä raportin rakenteen selkeäksi.

6.2 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Projekti tehtiin ja toteutettiin kahden opiskelijan opinnäytetyönä. Opinnäytetyön ohjauksesta vastasi Laurea-ammattikorkeakoulun opettaja ja opinnäytetyö toteutettiin Lohjan kaupungin terveyskeskuksen vuodeosastoille 1-4. Osastoilta valitut työryhmän jäsenet osallistuivat haastatteluun ja koulutukseen, ja heidän tarkoituksenaan oli edistää ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönottoa osastoilla. Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden ja työyhteisön välillä oli helppoa ja luontevaa.

Projektin aikana työryhmän sisäinen viestintä tapahtui sähköpostin välityksellä, jotta pystyttiin viestittämään yhtäaikaaisesti kaikkien kesken sekä sopimaan aikataulut haastattelulle ja koulutukselle. Yhteistyö työryhmän kanssa sujui hyvin. Haastattelutilanne oli onnistunut ja sen avulla saatiin kartoitettua raportoinnin nykytilannetta. Koulutus ISBAR-menetelmästä jär-

jestettiin terveyskeskuksen kokoustiloissa, jotta henkilökunnan paikalle pääsy ei tuottanut ongelmia. PowerPoint-esitykseen pyrittiin sisällyttämään oleellinen tieto ISBAR-menetelmästä ja sen käytöstä. Materiaalista tuli selkeä ja se sisälsi ytimekkäästi oleelliset asiat uudesta toimintatavasta. Kyselyn vastausten mukaan koulutukselta odotettiin enemmän eivätkä kaikki kokeneet sitä hyödylliseksi.

ISBAR-menetelmään suhtauduttiin myönteisesti, koska sen avulla voitaisiin parantaa potilasturvallisuutta vähentämällä väärinkäsityksistä johtuvia haittatapahtumia. Koulutuksessa ilmeni myös ihmettelyä ja toivottomuuden tunteita siitä, miten ja missä tilanteissa ISBAR-menetelmää voitaisiin hyödyntää. Suhtautuminen kehittämistoimintaan oli kuitenkin myönteistä, koska aihe ja kehittämiskohde koettiin tärkeäksi. Muutos työyhteisön toiminnassa, uuden toimintatavan sisäistäminen ja muutoksen eteenpäin vieminen oli selvästi aluksi hämmentävää ja herätti paljon ajatuksia työryhmässä.

Kokonaisuudessaan kehittämistoiminta onnistui hyvin ja toiminnalla saatiin aikaan muutoksia työyhteisön toiminnassa. Tuloksien mukaan uusi toimintatapa on käytössä ja sitä on sovellettu luovasti työyhteisöissä eri tilanteisiin sopivaksi. ISBAR-menetelmästä toivotaan lisää koulutusta ja materiaalia, joten aihe selvästi on kiinnostava ja sen kehittämiseen halutaan panostaa.

7 Johtopäätökset ja pohdinta

Potilasturvallisuuteen on kiinnitetty lähivuosina aikaisempaa enemmän huomiota. On luotu potilasturvallisuusstrategioita ja potilasturvallisuussuunnitelmia organisaatioihin. Se on puhuttanut paljon myös mediassa. Terveystieteiden käytöön on tullut HaiPro-ohjelma, jonne tulisi ilmoittaa läheltä piti- ja haittatapahtumat. Sen tuloksia on tarkasteltu tutkimuksissa ja terveydenhuollon yksiköissä ohjelman raportteja käsitellään säännöllisesti. Lisäksi henkilökuntaa on alettu kouluttamaan Potilasturvallisuutta taidolla-verkkokoulutuksella.

Potilasturvallisuutta kehitetään jatkuvasti terveydenhuollossa henkilökuntaa kouluttamalla ja pyrkimällä sujuvoittamaan hoitotyötä. Potilasturvallisuuteen liittyvissä keskusteluissa on noussut esille mm. hoitajien välinen viestintä ja potilastietojärjestelmiin liittyvät tiedonkulun ongelmat. Henkilöstön käyttöön on kehitetty erilaisia rutiineja, kuten tarkastuslistoja, joilla voidaan tukea potilasturvallisuutta. (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli ISBAR-menetelmän avulla parantaa potilasturvallisuutta ja yhtenäistää työyhteisöjen raportointia. ISBAR-menetelmää voidaan jatkossa käyttää tarkastuslistana raportoinnin tukena, jotta hoitohenkilökunnan olisi helpompi hahmottaa ja muistaa, mitkä asiat ovat potilaan hoidon kannalta oleellisia tietoja raportin vastaanottajalle.

ISBAR-menetelmän vaikutusta viestintään ja sitä kautta potilasturvallisuuteen voidaan kohde-organisaatiossa jatkossa arvioida HaiPro-raporttien perusteella.

Selkeä viestintä terveydenhuollon ammattilaisten välillä on edellytys potilasturvallisuudelle (Tjia ym. 2009). Kun koko työyhteisö raportoi potilaista samalla tavalla, tulisi viestinnässä tapahtuvien haattatapahtumien vähentyä ja näin ollen potilasturvallisuuden parantua. Potilasturvallisuuden parantuessa haattatapahtumien kustannukset pienenevät. Yhtenäinen raportointi tuo lisää aikaa myös itse potilastyölle. Kertomalla opiskelijoille sekä uusille työntekijöille ISBAR-raportointimallista sekä opettamalla heitä sen käytössä, saadaan lisää henkilöitä käyttämään kyseistä raportointimallia ja mahdollisesti viemään sitä myös eteenpäin muualle.

Tiedonkulku on oleellinen osa potilasturvallisuutta ja ISBAR-menetelmä koettiin tulosten mukaan toimivaksi viestinnän apuvälineeksi. ISBAR-menetelmän koettiin helpottavan oleellisten asioiden muistamista ja raportin sisältäessä potilaasta oleelliset tiedot myös potilasturvallisuus paranee.

Harvat pitkäaikaishoitopaikkoihin kohdistuneet tutkimukset ovat kohdistuneet viestintään puhelimitse. Näitä viestintätaitoja tarvitaan pitkäaikaishoitolaitoksissa, kuten terveyskeskuksen vuodeosastoilla enemmän kuin esimerkiksi sairaalassa, koska pitkäaikaishoitolaitoksissa on konsultoitava ulkopuolista lääkärinä puhelimitse virka-ajan ulkopuolella. Lääkäri ei pysty puhelimitse perehtymään potilaaseen eikä tekemään hänestä havaintoja. Tästä syystä on tärkeää tunnistaa sairaanhoitajan ja lääkärin välisiä viestinnän esteitä, jotta tiedonkulkua voidaan parantaa. Lääkärit tekevät soittajan tietojen perusteella tärkeitä päätöksiä, joten hoitajan on osattava kertoa potilaasta kaikki oleelliset asiat. (Tjia ym. 2009.)

Opinnäytetyön tulosten mukaan ISBAR-menetelmän koettiin helpottavan potilaan hoidon kannalta oleellisten asioiden muistamista raportointitilanteessa ja raportointimenetelmää oli käytetty myös esimerkiksi ulkopuoliselle lääkärille soittaessa. ISBAR-menetelmän avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta etenkin näissä tilanteissa, jolloin potilaasta raportoidaan puhelimitse ulkopuoliselle lääkärille tai jatkohoitopaikkaan. Hoitajien on helpompaa jatkossa ISBAR-menetelmän avulla hahmottaa oleelliset tiedot potilaasta ja jäsentää raportti loogiseksi kokonaisuudeksi.

Jatkossa ISBAR-menetelmää tulisi ottaa käyttöön aktiivisesti myös muissa terveydenhuollon yksiköissä. Kuten kyselyn vastauksistakin kävi ilmi, raportointi ISBAR-menetelmän mukaan olisi helpompaa, kun myös raportin vastaanottajalla olisi tieto tästä raportointimenetelmästä ja sen etenemisestä. Tämä myös sujuvoittaisi työyhteisöjen välistä raportointia vähentämällä

keskeytyksiä, helpottamalla raportin antamista ja vastaanottamista sekä parantaisi potilasturvallisuutta varmistusten ja raportin selkeän etenemisen avulla.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tutkittavasta asiasta mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tutkimuksen ja opinnäytetyön luotettavuuden arviointi on tärkeää toiminnan, tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Laadullista tutkimusta ei voida arvioida määrällisen tutkimuksen kriteerein, koska määrälliset tutkimukset perustuvat erilaisiin perusoletuksiin todellisuudesta ja tiedosta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleisillä luotettavuuskriteereillä tai tutkimuksessa käytettyihin menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan seuraavien kriteerien avulla: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta eli tutkijan on osoitettava tutkimustulosten vastaavuus tutkimukseen osallistuneiden käsityksiin. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuneiden kanssa ja toisten samaa aihetta tutkivien kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Vahvistettavuuden luotettavuuskriteeri edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista sillä tavalla, että toinen henkilö pystyy seuraamaan prosessin kulkua. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Refleksiivisyyden luotettavuuskriteerillä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan. Hänen on arvioitava että, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Kvalitatiivista tutkimusta tehdään usein yksin, jolloin hän voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen. Tutkija voi muodostaa virhepäätelmiä, kun hän on vakuuttunut omien johtopäätöstensä oikeellisuudesta ja hänen tekemänsä kuvaus todellisuudesta pitää paikkaansa, vaikkei niin välttämättä ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159.) Siirrettävyyden luotettavuuskriteerillä tarkoitetaan tutkimuksen tuloksien siirrettävyyttä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuneista ja toimintaympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Opinnäytetyön raportissa asiat on pyritty kirjaamaan niin, että ulkopuolisten lukijoiden olisi helppo seurata opinnäytetyöprosessin etenemistä. Tässä opinnäytetyössä vieras toimintaympäristö ja työyhteisö auttoivat toimimaan objektiivisesti. Opinnäytetyön tekijöiden omat mielipiteet eivät näy saaduissa vastauksissa eivätkä tuloksissa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää hoitotyön kehittämisessä, kun halutaan edistää henkilökunnan viestintää,

potilasturvallisuutta ja yhtenäistää toimintatapoja osastokohtaisesti, alueellisesti tai kansallisesti.

7.2 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Opinnäytetyön tekemiseen liittyvät eettiset haasteet koskevat koko prosessia suunnittelusta julkaisuseminaariin asti (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Ihmisiin kohdistuvaan tieteelliseen tutkimukseen on luotu Saksassa jo vuonna 1947 lääketieteellistä tutkimusta rajaava eettinen ohje, joka sai nimekseen Nürnbergin säännöstö. Siinä korostetaan esimerkiksi sitä, että tutkimukseen osallistujilta on saatava suostumus ja tutkimus voidaan lopettaa missä vaiheessa tahansa. Säännöstön mukaan tutkimuksesta on oltava hyötyä yhteiskunnalle. Lisäksi esimerkiksi tarpeetonta kärsimystä tai haittaa on vältettävä. (Suomen Lääkäriliitto 2013.) Tämä säännöstö on pohjana myös Helsingin julistukselle, joka ottaa kantaa yksityiskohtaisemmin lääketieteellisen tutkimuksen etiikkaan (Kylmä & Juvakka 2007, 138).

Ensimmäinen opinnäytetyöntekijöiden eettinen kysymys on kehittämiskohteen valinta. Tekijöiden on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja miten kehittämistoiminta vaikuttaa siihen osallistuviin työyhteisöihin. Tutkimusetiikan periaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys. Aina sen tuoma hyöty ei kohdistu tutkimukseen osallistuviin, vaan tietoa voidaan hyödyntää ehkä vasta tulevaisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Itsemääräämisoikeus ja osallistumisen vapaaehtoisuus ovat lähtökohtia tutkimukselle. Tutkimukseen osallistuneiden tietoja ja tutkittaviin yhdistettäviä aineistoja ei saa luovuttaa kenellekään kehittämistyöryhmän ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-179.)

Kehittämistoiminnassa on kiinnitettävä huomiota työyhteisöön kohdistuvien tarpeettomien haittojen ja riskien minimointiin. Haitat voivat olla esimerkiksi fyysisiä tai psyykkisiä. Muutos toiminnassa voi aiheuttaa työyhteisössä voimakasta vastustusta ja tähän tulee varautua. On tärkeää ottaa huomioon se, että kehittämishanke ei rasita työryhmää liikaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Edellä mainitut tutkimuseettiset haasteet kohdistuvat kehittämiskohteeseen ja kehittämistoimintaan osallistuviin henkilöihin. Eettisiä haasteita ilmenee myös opinnäytetyön laatimisessa. Eettisiä kysymyksiä opinnäytetyön kirjoittamisessa on esimerkiksi plagiointi, tulosten väärentäminen, puutteellinen raportointi, toisten tutkijoiden vähättely ja tutkimusapurahojen väärinkäyttö. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin yhdessä Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijoiden ja Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastojen sairaanhoitajien kanssa. Organisaatiossa oli valittu joka osastolta sairaanhoitaja kehittämistoiminnan työryhmään. Sairaanhoitajien työryhmään osallistuminen oli vapaaehtoista. Organisaatiolta pyydettiin tutkimuslupa. Haastattelu ja koulutus pyrittiin järjestämään työelämlähtöisesti, ajankohtana joka sopi työryhmän jäsenille parhaiten. Työryhmän antama panos ryhmähaastattelussa oli vapaaehtoista ja osallistujat saivat itse päättää mitä halusivat kertoa.

Koulutuksessa käytettiin selkeää PowerPoint-esitystä, jotta sen seuraaminen olisi mahdollisimman sujuvaa eikä se veisi hoitajilta liikaa aikaa potilastyöstä. Kysymykset opinnäytetyöstä ja uudesta toimintatavasta olivat tervetulleita ja niihin vastattiin. Kehittämistoiminnassa ja yhteistyössä työryhmän kanssa eettisyys näkyi molemminpuolisena kunnioituksena. Sovituista tapaamisajoista pidettiin kiinni ja niihin saavuttiin ajoissa. Ilmapiiri tapaamisissa oli kollegiaalinen ja kaikki paikalla olleet saivat kertoa mielipiteitään ja kysyä avoimesti asioita. Uuden toimintatavan juurtumista arvioivaan kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja ne kerättiin nimettöminä. Kysymykset olivat avoimia, joten vastaajat saivat itse päättää mitä kertovat. Opinnäytetyöprosessin kirjaamisessa huomioitiin työryhmään osallistuneiden anonymiteetti eikä tuloksissa eritelty osastoja.

Kehittämistoiminnan tuoma hyöty kohdistui potilasturvallisuuteen ja henkilökunnan yhteistyöhön. Opinnäytetyöllä pyrittiin edistämään potilasturvallisuutta ja henkilökunnan tiedonkulkua ISBAR-menetelmän avulla. Haasteena opinnäytetyössä oli se, että onnistutaanko luomaan työyhteisöä riittävästi palvelevan kokonaisuus. Uudella toimintatavalla pyrittiin muuttamaan työyhteisön toimintaa turvallisemmaksi ja vähentämään puutteellisesta raportoinnista johtuvia haittatapahtumia.

Lähteet

- Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. 2004. Uusi ensihoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Aranko, K.-M. 2011. Traumapotilaan ensihoito ja tutkiminen. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Beckett, C. & Kipnis, G. 2009. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcome. *Journal for Healthcare Quality* 31 (5), 19-28.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K. & Andreoli, A. 2010. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care* 24 (1), 111-114.
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otava Kirjapaino Oy.
- Diabetesliitto 2014. Diabetestietoa. Viitattu 13.8.2014 http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta
- Groves, W. 2014. Professional practice skills for nurses. *Nursing Standard* 29 (1), 51-59.
- Helovuori, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. *Sairaanhoitaja* 85, 25-26.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jama, T. 2013. Ensihoito tapahtumapaikalla. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.
- Kaila, M., Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. *Duodecim* 130, 1739.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kinnunen, A. 2014. Häätäensiapu ja ensiarvio. Viitattu 5.8.2014 http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=H%C3%A4t%C3%A4ensiapu_ja_ensiarvio
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku - HaiPro-vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotiede. Pro Gradu-tutkielma.
- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteiden laatuopas. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laine, M. 2014. Sydänfilmi eli EKG. Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 3.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 13 (1), 85-90.

Lohjan kaupunki 2014. Vuodeosastot. Viitattu 9.10.2014 <http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=2193&kieli=246>

Manser, T. 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 53, 143-151.

Mustajoki, P. 2014. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Sydänsairauksia, joissa EKG:sta on hyötyä. Terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124, 1507-1513.

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Helsinki: Edita Prima Oy.

Peltomaa, K. 2009. Joka kymmenes potilas - potilasturvallisuuden lähtökohdat. Teoksessa M. Kinnunen & K. Peltomaa (toim.) Potilasturvallisuus ensin - Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Peltomaa, K. 2011. SBAR-työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. *Spirium-Suomen anestesiahoitajat* 46 (2), 20-21.

Roine, R. & Kaila, M. 2014. Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta. *Duodecim* 130, 1740-1741.

Sairaanhoitajaliitto 2014a. ISBAR-kortti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/87626701/SHL_ISBAR-kortti_74x105

Sairaanhoitajaliitto 2014b. Isbar -materiaalien tilaus. Viitattu 24.10.14 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/isbar-materiaalin-tilaus/

Sairaanhoitajaliitto 2014c. Potilasturvallisuus. Viitattu 9.10.2014 https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/

Seppänen, J. 2009. Potilasturvallisuuskulttuuritutkimus -kysely sairaanhoitajille ja lääkäreille. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* 19, 305-313.

Stakes & Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2007. Potilasturvallisuussanasto. Helsinki: Valopaino Oy.

Suomen lääkäriliitto 2013. Nürnbergin säännöstö. Viitattu 24.10.2014 <http://www.laakari-liitto.fi/liitto/etiikka/nurnbergin-saannosto/>

Suomen Sydänliitto ry 2011. Normaali ja kohonnut verenpaine. Viitattu 10.10.2014 http://www.sydanliitto.fi/normaali-ja-kohonnut-verenpaine#.U-3R8_L_t9B

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Viitattu 14.10.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 13.10.2014 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>

Tjia, J., Mazor, K., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. & Gurwitz, J. 2009. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. *J Patient Saf* 5 (3), 145-152.

Tunne pulssisi 2013. Pulssin tunnustelun ABC. Viitattu 10.10.2014 <http://www.tunnepuls-sisi.fi/eteisvarinan-abc/pulssin-tunnustelun-abc.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Varis, M. 2011. Moniulotteinen Potilasturvallisuuskulttuuri-edistävät ja heikentävät tekijät. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Kuviot

Kuvio 1: Juurruttamisen vaiheet (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 27)	29
---	----

Taulukot

Taulukko 1: ISBAR - kiireetön tilanne (mukaillen Sairaanhoidajaliitto 2014a)	11
Taulukko 2: ISBAR-kiireellinen tilanne (mukaillen Sairaanhoidajaliitto 2014a)	14
Taulukko 3: EKG:n tulkinta (mukaillen Laine 2014)	20
Taulukko 4: Glasgow'n kooma-asteikko (Alaspää ym. 2004, 79-80)	23

Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupahakemus.....	53
Liite 2. Tutkimuslupapäätös	54
Liite 3. Teemahaastattelulomake.....	55
Liite 4. Haastattelun analyysin yläluokat, alkuperäiset ilmaisut ja pelkistetyt ilmaisut....	56
Liite 5. ISBAR-koulutuksen PowerPoint-esitys	60
Liite 6. Kysely uuden toimintatavan juurtumisen arvioimiseksi	66
Liite 7. Kyselyn analyysin yläluokat, alkuperäiset ilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset	68

Liite 1. Tutkimuslupahakemus



Tutkimuslupahakemus

Opinnäytetyön tekijä/tekijät	Krista Hallström Anastasia Stigell
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden yhteystiedot ja osoitteet	krista.b.hallstrom@student.laurea.fi anastasia.stigell@student.laurea.fi
Organisaatio/yksikkö	Laurea Lohja
Organisaation/yksikön yhteystiedot	Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja Nummentie 6, 08100 Lohja
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Opinnäytetyön ohjaaja	Eliisa Kukkola
Opinnäytetyön ohjaajan yhteystiedot	eliisa.kukkola@laurea.fi
Opinnäytetyön nimi	ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1-4
Opinnäytetyön tavoitteet/tutkimusongelma	Opinnäytetyön tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen vuodeosastoilla kiinnittämällä työntekijöiden huomio kommunikointiin ja raportointiin yhtenäistämiseen.
Opinnäytetyön aineisto, menetelmät ja aikataulu	Teoreettinen osa koostuu laajasta kansalliseen ja kansainväliseen tutkimustietoon perustuvasta aineistosta. Opinnäytetyö toteutetaan juurruttamisen kehittämismenetelmällä. Nykytilanteen selvittämisessä ja kehittämistoiminnan vaikuttavuuden arvioinnissa käytämme fokusryhmähaastattelua, joka on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kehittämistoiminnan työryhmään osallistuu jokaiselta vuodeosastolta yksi sairaanhoitaja. Opinnäytetyö toteutetaan v. 2014-2015 aikana.

Lohjalla 12/ 1 2014

Paikka ja aika

Anastasia Stigell Krista Hallström
Opinnäytetyön tekijän/tekijöiden allekirjoitus/allekirjoitukset

Eliisa Kukkola
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus
Tutkimuslupa on myönnetty:

Lohja 12/11/2014
Paikka ja aika

Anastasia Stigell
Allekirjoitus

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaihtoehtoisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intimitetin ja anonymiteetin.

Liite 2. Tutkimuslupapäätös

LOHJA

Viranhaltijapäätös

Perusturvajohtaja

13.1.2015

§ 2

Tutkimusluvan myöntäminen Krista Hallströmille ja Anastasia Stigellille

Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Krista Hallström ja Anastasia Stigell ovat pyytäneet 12.1.2014 saapuneessa sähköpostissaan tutkimuslupaa opinnäytetyölleen: ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1 - 4.

Tutkimuslupahakemus liitteenä.

Päätös Myönnän Krista Hallströmille ja Anastasia Stigellille hakemuksen mukaisen tutkimusluvan.

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Perusturvajohtaja


Arja Yliluoma

Pöytäkirjan nähtävilläolo ja oikaisuvaatimusohje

Pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 19.1.2014 Lohjan perusturvatoimessa, Kalevank. 4.

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen Lohjan perusturvalautakunnalle, osoite PL 71, 08101 Lohja. Oikaisuvaatimuksesta on selvästi käytävä ilmi päätös, johon oikaisua haetaan (päättökseen tekijä, pykälä, päivämäärä). Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon 7 päivän kuluessa kirjeen lähettämisestä ja kunnan jäsenen, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville.

Otteen oikeaksi todistaminen ja täytäntöönpano

Otteen oikeaksi todistaa Lohjalla 13.1.2014


Raija Tuomainen, johdon sihteeri

Täytäntöönpano
Lähetetty tiedoksi sähköpostilla 13.1.2014
- Krista Hallström
- Anastasia Stigell
- Opinnäytetyön ohjaaja Eliisa Kukkola

Liite 3. Teemahaastattelulomake

Haastattelulomake nykytilan selvittämiseksi

Työyhteisön kommunikointi ja raportoinnin sujuvuus

Millaiseksi koette työyhteisönne kommunikoinnin?

Millaisia kommunikointitaitoja tarvitsette työssänne?

Miten raportointi toimii työyksikössänne?

Onko vuorojen vaihteessa käytössä hiljainen vai suullinen raportointi?

Minkälaisia suullisia raportointitilanteita on?

Mitä suullisessa raportoinnissa toimitaan?

Miten se tapahtuu?

Raportointi hoitajien ja lääkärin välillä

Millaisissa tilanteissa raportoitte potilaasta lääkärille suullisesti?

Millaisia asioita raportoitte lääkärille?

Miten raportointiin valmistaudutaan?

Minkälainen on raportointi kiireellisessä tilanteessa?

Esimerkiksi raportointi potilaan tilan äkillisesti huonontuessa?

Minkälainen on raportointi kiireettömässä tilanteessa?

Esimerkiksi lääkärinkierrolla?

Ensihoidon henkilökunnalle?

Kollegoiden kesken?

Raportointi eri yksiköiden välillä

Millä tavalla raportointi tapahtuu hoitolaitosten välillä?

Miten tapahtuu vastaanottaessa potilaita ja potilaiden siirtyessä jatkohoitoon?

Raportoidaanko kirjallisesti vai suullisesti vai sekä että?

Minkälaisia tietoja raportti sisältää?

Millaisia ohjeita on raportointiin?

Kommunikointi ja potilasturvallisuus

Miten kommunikointi ja raportointi sujuvat eri tilanteissa?

Minkälaisia ongelmia on ilmennyt kommunikoinnissa?

Esimerkiksi tiedonkulun katkoksia jostain syystä?

Tai puutteellista raportointia esimerkiksi potilaan siirtyessä osastollenne?

Millaisia haittoja kommunikoinnin ongelmista on aiheutunut potilaille?

Liite 4. Haastattelun analyysin yläluokat, alkuperäiset ilmaisut ja pelkistetyt ilmaisut

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Työyhteisön viestintä ja raportoinnin sujuvuus	"Aika avointa, suoraa ja rehellistä."	Työyhteisön sisäinen viestintä on pääosin avointa, suoraa ja rehellistä
	"Sujuvaa, kaikki tietää mikä on tärkeää raportoida eteenpäin esimerkiksi suullisesti."	Raportoinnin kannalta oleellinen tieto tiedostetaan
	"Tieto pitää saada aika nopeasti eteenpäin, että ei ole ehtinyt vielä kirjaamaan."	Tieto kulkee suullisesti, jos ei ole ehtinyt kirjaamaan
	"Vaikka meillä on käytössä se hiljainen raportointi, niin kyllä meillä vielä sitä ääntäkin käytetään, vaikka asiat löytää koneelta niin vielä suullisesti käydään läpi selkeyttääksemme asioita."	Suullisella raportoinnilla selkeytetään asioita ja se koetaan helpommaksi pidemmän vapaajakson jälkeen
	"Jos on ollut monta päivää pois töistä, niin on kivempi saada suullisesti raportti, usein mennään hiljaisempaan paikkaan."	
	"Joskus ehkä jopa turhaakin (suullista raportointia), kun tulee turhaa hälinää."	Suullinen raportointi on joskus häiritsevää
	"Ylimäärästä hälinkiä tulee, kun vois lukea hiljaisesti koneelta niin vuoronvaihteessa."	
	"Ei ole mitään tilaa siihen, kanslia on mutta ei sekää aina..."	Suulliselle viestinnälle ei ole tarkoituksenmukaista paikkaa
	"Aamuraportointi on hiljainen, jolloin on hyvä keskittyä lukemaan, mutta kun tulee iltavuoroon niin usein on hälinää kun kaikki on samassa tilassa ja juttelee jne."	
	"Joskus sh:t keskenään raportoi tai välillä omahoitajat keskenään tai yhdessä mietitään."	Viestintä on moniammatillista ja asioita käsitellään yhdessä
	"Raportointi on hirmu tärkeää, se on kaiken a ja o. Kaikilla varmasti on siinä jotain kehittämistä, joltain osa-alueelta."	Hyvän raportoinnin ja sen kehittämisen merkitys tunnustetaan

<p>Raportointi hoitajien ja lääkärin välillä</p>	<p>”Jos potilaan vointi heikenee esimerkiksi on huonovointinen tai muuten, että tietää miten lääkäri on paikalla” ”Pienistäkin asioista mennään, jos se on potilaalle tärkeä asia” ”...(kiireellisessä tilanteessa) riippuu siitä, onko meillä just silloin lääkäri paikalla vai tapahtuuko jotain päivystysaikana. Yleensä se lääkäri haetaan paikalle ja se saa tulla tutkimaan potilasta.” ”On kiva kun lääkärit on joka osastolla niin voi hihkasta että tuletko kattoo, on enemmän sellaista suullista raportointia”</p> <p>”Jos esim yövuoron aikana on jotain sellaista mitä aamuvuoron hoitajan tulee kertoa, niin sitten se kirjoitetaan myös ylös lääkärivihkoon”</p> <p>”Meillä lääkäri tuntee nämä potilaat täällä tosi hyvin, että sitten yleensä riittää se mikä potilaalla on”</p> <p>”Jos joutuu soittamaan päivystysaikana lääkärille, niin sitten on asia erikseen että pitää kertoa sitä taustaa tai muuta”</p>	<p>Osastonlääkärille informoidaan heti suullisesti potilaan asioista ja voinnin muutoksista hänen ollessa paikalla</p> <p>Osastonlääkärin virka-ajan ulkopuoliset ei-kiireelliset lääkäriasiat raportoidaan lääkärivihkoon, josta tieto välittyy eteenpäin lääkärinkierrolla</p> <p>Osaston lääkärille raportoidessa ei juurikaan tarvitse valmistautua raporttiin</p> <p>Konsultoidessa päivystävää lääkärinä on potilaasta osattava kertoa tarvittavat tiedot</p>
<p>Raportointi eri yksiköiden välillä</p>	<p>”Sairaalan ensiavun kanssa sujuvaa, usein ollaan enemmän yhteydessä tk päivystykseen. Yhteydenpitoa on paljon.”</p> <p>”Yleensä kyllä, kysytään sitten vielä tarkemmin”</p> <p>”Ensin potilaasta tulee TK lähete tänne miksi potilas tulee jatkohoitoon, sit tosiaan kun me soitetaan tai ne soitaa meille puh raporttia ja sitten tarkistetaan koneelta, navitas ja pegasos”</p> <p>”Hoitajan lähete tehdään, mikä jää koneelle plus jos</p>	<p>Viestintä on sujuvaa myös eri yksiköiden välillä</p> <p>Yleensä tarvittava tieto potilaasta saadaan</p> <p>Tietoa potilaasta saadaan kirjallisesti, suullisesti ja sähköisesti</p> <p>Tieto kulkee potilastietojärjestelmien avulla sähköisesti</p>

	<p>jossakin paikassa ei ole samaa niin tulostetaan se lähete. Meillä menee kaikki tiedot pegasoksen kautta. Ja navitaksen kautta näkyy sairaalajutut”</p> <p>”Suullinen raportointi, ennenku potilas tulee. mutta sitten on myös se lähete mistä me nähää” ”Jos potilas tulee esimerkiksi ambulanssilla, yleensä raportti on jo tapahtunut hoitajien keskenään”</p> <p>”Tulosyy, mikä on tulosyy miksi hoidossa, liikkumiset, syömiset, lääkitys, jatko-hoito onko jotain ohjeita jatkon suhteen? Tietysti jos on jokin haavahoito, niin siihen hoito-ohjeet. Jos potilas lähetetään muualle, niin mikä on se syy miksi lähetetään”</p> <p>”Suullinen ohje uusille hoitajille, kaikki hoitajat on niin ammattitaitoisia, tämän koulutuksen käyneitä että mä uskon että on ollu koulutus jo meidänkin aikana että käydään läpi mitä se sisältää...”</p>	<p>Siirtotilanteessa potilaasta raportoidaan yleensä puhelimitse etukäteen</p> <p>Raportissa tulee käydä ilmi kaikki potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat</p> <p>Selkeitä ohjeita raportointiin ja raportin sisältöön ei ole</p>
Viestintä ja potilasturvallisuus	<p>”Mun mielestä voi olla sellainen ongelma, että lääkärinkierron jälkeen sh kirjaa koneelle ja iltavuoro on jo ehtiny tulemaan niin ei välttämättä ehdi lukea niitä asioita mitä sinne kirjataan”</p> <p>”Joskus on jäänyt informeraamatta tosi oleellinen asia, että potilas on ollut MRSA altistunut... MRSA altistunut oli jo ehditty laittamaan 2 hengen huoneeseen, ennen kuin saatiin tietää jolloin se toinenkin altistui” ” On siel joskus jotain (ongelmia) ollut, esimerkiksi lääkkeissä aina joskus. Marevan määritykset puuttuu tai marevan ohje puuttuu.”</p>	<p>Kaikkea hoidon kannalta oleellista tietoa ei välttämättä ole ehditty vielä kirjaamaan</p> <p>Hoidon ja potilasturvallisuuden kannalta oleellisia asioita voi unohtaa raportoida</p>

	<p>"Joskus tulee jalattomia potilaita, jotka ite kävelee ovelta huoneeseen. Vähän on epätasmaalista aina välillä."</p> <p>"Kyllähän se niin on, että sitä raporttia saa hakea ja joutuu hakemaan monesta paikasta ja katsomalla potilasta, papereista, koneelta, saattaja, omaisilta, kaikilta"</p> <p>"...omaisten ja hoitajien välillä saisi olla enemmän kommunikointia... Se ois hirveen oleellista, että ei tuu mitään väärinkäsityksiä jne."</p> <p>"Siihen (raportin lukemiseen) pitää keskittyä kun tulee iltaan ja se saattaa venyä ja yks potilas kestää tosi kauan lukea kun tulee keskeytyksiä, se on iso ongelma"</p> <p>"Joillekin voi sopia että on sitä pientä taustahälyä, mutta itselleni se ei sovi."</p>	<p>Raportoitu tieto on välillä virheellistä</p> <p>Raportin ja tarvittavan tiedon saaminen on toisinaan haasteellista</p> <p>Viestintä myös muiden hoitoon osallistuvien kanssa on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää</p> <p>Tiedonkulussa voi tulla katkoksia ja asioita voi jäädä huomaamatta häiriötekijöiden vuoksi</p>
--	--	---

Liite 5. ISBAR-koulutuksen PowerPoint-esitys

ISBAR

Menetelmä turvalliseen tiedonkulkuun

Krista Hallström &
Anastasia Stigell

Laurea
Lohja

4.3.2015



LAUREA
AMMATTIOPISTO

Uuden edellä

www.laurea.fi



LAUREA
AMMATTIOPISTO

Uuden edellä

Kommunikointi hoitotyössä

- ▶ Tarkoitetaan kokonaisvaltaista tiedonkulkua eri hoitolaitosten sekä henkilökunnan, potilaan ja omaisten välillä
- ▶ Jokaisessa organisaatiossa on varmistettava tiedonvälitys ja toimivuus eri henkilöiden välillä
- ▶ Kommunikaatiota tulee aina kehittää
 - ▶ Perustuu jokaisen omaan toimintaan
- ▶ Hyvät kommunikointitaidot vaikuttavat työympäristöön, kollegoihin, hoidon laatuun ja siihen miten potilaat hoidon kokevat
- ▶ Hoitotyö edellyttää tiimityöskentelyä, vuorovaikutusta ja tiedon jakamista muille tiimin jäsenille, jotta potilaan hoidon jatkuvuus voidaan taata

(Groves 2014; Kaivukoski & Palomäki 2009, 59; THL 2011, 27)



Kommunikointi ja potilasturvallisuus

- ▶ Selkeä kommunikointi terveydenhuollon ammattilaisten välillä on edellytys potilasturvallisuudelle
 - ▶ Etenkin raportoidessa ja kommunikoidessa puhelimitse
- ▶ Vaikka kaikki hoitajat ja lääkärit tekevät parhaansa, on haattatapahtuma tai läheltä piti -tapahtuma aina mahdollinen
- ▶ Tutkimusten mukaan yli puolissa haattatapahtumista ovat olleet syynä ongelmat kommunikaatiossa
 - ▶ Väärinkäsitykset suullisessa raportoinnissa
 - ▶ Pelko siitä, että astuisi kokeneemman työntekijän varpaille
 - ▶ Ajatellaan asian olevan jo toisen tiedossa
 - ▶ Ei koeta merkitykselliseksi kertoa jotain pientä muutosta potilaan voinnissa

(Helovu 2012; Tjia ym. 2009)

4.3.2015

7



Mikä on ISBAR -menetelmä?

- ▶ SBAR -menetelmä on saanut alkunsa Yhdysvaltojen merivoimissa 1990-luvulla
 - ▶ Kehitettiin jäsennelty kommunikaatioväline sukellusveneiden päällystön ja miehistön käyttöön, jotta tarvittavat asiat muistettaisiin tuoda esille johdonmukaisesti ja ytimekkäästi
- ▶ Myöhemmin sitä on kehitetty myös suomalaiseen terveydenhuoltoon sopivaksi ISBAR-menetelmäksi
- ▶ ISBAR on jäsennelty väline raportointiin tarvittavista oleellisista tiedoista ja siitä, missä järjestyksessä ne tulisi kertoa
- ▶ Sen tarkoituksena on helpottaa ja jäsennellä raportoinnin kulkua
 - ▶ Selkeä ja turvallinen tiedonkulku
 - ▶ Potilasturvallisuuden paraneminen

(Kupari ym. 2012; Sairaanhoidtajaliitto 2014b; Gutshall 2014)

4.3.2015

4

ISBAR

– kiireetön tilanne



1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin Esim. siirtotilanteessa potilaasta raportointi vastaanottavaan yksikköön
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot Oleelliset potilaan tilaan liittyvät asiat
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön Hoitosuunnitelman muutosta <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

(Sairaanhoitajaliitto 2014a) 4.3.2015

1

ISBAR

– kiireellinen tilanne



1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin Esim. potilaan hengitysvaikeuden äkillinen paheneminen
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Raportoi vitaalielintoiminnot: <ul style="list-style-type: none"> A: Ilmatie B: Hengitys, saturatio C: Pulssi, verenpaine D: Tajunnan taso (GCS), kipu E: Ulkoiset näkyvät merkit, lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys Ja muut oleelliset potilaan tilaan liittyvät asiat
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Välitöntä toimenpidettä Tarkkailun lisäämistä Siirtoa toiseen yksikköön <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan? Kuinka usein? Koska otan uudelleen yhteyttä? Olemmeko samaa mieltä? Onko vielä kysyttävää?

(Sairaanhoitajaliitto 2014a) 4.3.2015

6



Mitä hyötyä ISBARista on?

- ▶ Tieto saadaan mahtumaan ISBARin avulla tiiviiseen ja tarkoituksenmukaiseen muotoon
- ▶ Menetelmää voidaan käyttää erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä
 - ▶ Työyksiköiden välillä voi olla tarpeen keskustella siitä, että mitkä ovat oleellisia raportoitavia asioita potilaan turvallisuuden ja yksiköiden toiminnan kannalta
- ▶ ISBARin käyttäminen voi vähentää väärinkäsityksistä johtuvia vaaratapahtumia
- ▶ Kehittää henkilökunnan kriittisen ajattelun taitoja sekä rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia

(Kupari ym. 2012)

4.3.2015

7



ISBAR - parempaa potilasturvallisuutta

<https://www.youtube.com/watch?v=D7BxmWilypE>

(Arcada University 2012)

26.11.2014

8



Potilasesimerkki 1

ISBAR

Kiireetön tilanne

I	Tunnista	Tässä sairaanhoitaja Leila Kivijalka Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastolta 2, hei. Soitan potilaasta nimeltä Ukko Pekka, hän on 60-vuotias ja hänen sosiaaliturvatunnuksensa on 030255-110X.
S	Tilanne	Hän tuli tänne pneumonian jatkohoitoon, i.v.-antibiootin vuoksi.
B	Tausta	Hänellä on kala ja V-penisilliini allergia. Hän on MRSA-kantaja, mutta muuten perusterve.
A	Nykytilanne	Hänen vitamielintoimintonsa ovat: HF 18, RR 125/88, P 80, Lämpö 37,7, SpO ₂ 94% huoneilmalla ja 98% 2l lisähapella sekä GCS 4+5+6 ja iho L/K. Nyt hänellä on ilmennyt verivirtsaisuutta. Potilas kertoo, että virtsatessa kirvelee paljon ja virtsa on todella punaista.
R	Toimintaehdotus	Ottaisin potilaasta PLV:n sekä laittaisin lab.pyynnöiksi krea, senkka, B-PVK ja CRP. Tulisitko katsomaan potilasta tänne osastolle? Olisiko jotain muita labroja mitä pyydän otettavaksi tai jotain mitä voisin tehdä ennen tuloasi? Eli tulot osastolle 2 puolen tunnin sisällä? Selvä juttu, kiitos hei.

(Eskelinen 2012; Käypä hoito 2013; Mustajoki & Kaukua 2008; Lääkeinfo 2014b; Saarela 2014)



Potilasesimerkki 2

ISBAR

Kiireellinen tilanne

I	Tunnista	Tässä Börje Metsäläinen Lohjan terveyskeskuksen osastolta 3, hei. Soitan potilaasta Matti läkä, hän on 90 vuotias ja hänen sosiaaliturvatunnuksensa on 030225-1265.
S	Tilanne	Potilaalla aamiaisen aikana ilmeni toispuolioireita: vasen suupieli roikkuu, puhuminen on vaikeaa ja puristusvoima on vasemmalla kädellä heikompi kuin oikealla. Vasen jalka ei myöskään nouse kunnolla.
B	Tausta	Hänellä on aikaisemmin todettu verenpainetauti, johon lääkityksenä Lisipril comp®. Ei allergioita.
A	Nykytilanne	Hänen ilmatiensä ovat esteettömät. Hengitys on työlästä, happisaturaatio on 95% 2litran lisähapella. Hänen verenpaineensa on 170/123 ja pulssi 80. Tajunnan taso Glasgow kooma-asteikolla= 4+3+5 Lämpö korvasta mitattuna 38,4, iho L/K ja normaalin värinen. Vatsa palpoiden pehmeä ja aristamaton. Potilas kohdistaa katseen, puhuu sanoja joista saa selvää, lauseita ei pysty muodostamaan.
R	Toimintaehdotus	Pääsisitkö heti tänne osastolle kolme katsomaan potilasta? Olet siis 5 min päästä osastolla 3 ja avaan suonihteyden odotellessa? Nähdään siis kohta osastolla kolme, huone kolme.

(Käypä hoito 2011; Lääkeinfo 2014a)



Lähteet

- Arcada University 2012. ISBAR-parempaa potilasturvallisuutta. Viitattu 21.11.2014
<https://www.youtube.com/watch?v=D7BxmWilypE>
- Groves, W. 2014. Professional practice skills for nurses. Nursing Standard 29 (1), 51-59.
- Gutshall, T. 2014. S.B.A.R Communication. Viitattu 21.11.2014
http://intqva.gardnervna.org/sbar_material.htm
- Eskelinen, S. 2012. Perusverenkuva (B-PVK). Terveyskirjasto. Viitattu 3.3.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03030
- Helovuori, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Sairaanhoidaja 2/2012 vol. 85, 25-26.
- Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tilikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja 85, 29-31.
- Käypä hoito. 2011. Aivoinfarkti. Viitattu 3.3.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50051#s8>
- Käypä hoito. 2013. Virtsatieinfektiot. Viitattu 3.3.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=hoi10050>
- Mustajoki, P. & Kaukua, J. 2008. Senkan tarina. Terveyskirjasto. Viitattu 3.3.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03020
- Lääkeinfo. 2014a. Lisipril comp. -tabletti. Viitattu 3.3.2015.
<http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=705&l=ORION+PHARMA+LISIPRIL+COMP>

4.3.2015

11



Lähteet

- Lääkeinfo. 2014b. V-PEN 500, mega, kalvopäällysteinen tabletti. Viitattu 3.3.2015
<http://www.laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=789&d=18273&l=ORION+PHARMA+V-PEN+V-PEN+500,+mega,+1500+kalvop%C3%A4%C3%A4llysteinen+tabletti>
- Saarela, O. 2014. Verivirtsaisuus. Terveyskirjasto. Viitattu 3.3.2015
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00341
- Sairaanhoidajaliitto 2014a. ISBAR-kortti. Viitattu 11.10.2014
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/@Bin/87626701/SHL_ISBAR-kortti_74x105
- Sairaanhoidajaliitto 2014c. Potilasturvallisuus. Viitattu 9.10.2014
https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/
- THL 2011. Potilasturvallisuusopas. Viitattu 13.10.2014 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>
- Tjia, J., Mazor, K., Field, T., Meterko, V., Spensard, A. & Gurwitz, J. 2009. Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety. J Patient Saf 5 (3), 145-152.

4.3.2015

12

Liite 6. Kysely uuden toimintatavan juurtumisen arvioimiseksi

Kysely Lohjan terveystieteiden vuodeosastojen työntekijöille

1. Millaisilla toimenpiteillä osastollanne on pyritty ottamaan käyttöön ISBAR-raportointimenetelmää?

2. Millaisissa tilanteissa olet käyttänyt ISBAR-raportointimenetelmää?

3. Millaiseksi olet kokenut ISBAR-raportointimenetelmän käytön hoitotyön raportoinnin apuvälineenä?

4. Miten koet ISBAR-raportointimenetelmän käytön vaikuttavan tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuteen?

5. Miten osastolla on suhtauduttu ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönottoon ja mitkä asiat siihen ovat vaikuttaneet myönteisesti tai kielteisesti?

6. Mitä mieltä olit ISBAR-koulutuksesta ja koulutusmateriaalista? Miten koet niiden vaikuttaneen ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönottoon?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 7. Kyselyn analyysin yläluokat, alkuperäiset ilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Toimenpiteet osastoilla ISBAR-menetelmän käyttöön-otoksi	<p>"Puhelimen läheisyyteen laitettu ISBAR-kortti, jotta kiireetön/kiireellinen tilanne tulisi huomioiduksi raportoinneissa."</p> <p>"Ohjeistus aina saatavilla mm. ohje puhelimen lähellä"</p> <p>"Puhelimen vieressä on ISBAR-kortti"</p> <p>"Kansliassa ohje puh. vieressä."</p> <p>"Kansliassa ohje"</p> <p>"ISBAR-ohje ollut tutustumista varten esillä"</p> <p>"Osastotunnilla on asiasta kerrottu ja kehoitettu soveltamaan"</p> <p>"Osastotunnilla käsitelty yhdessä asiaa"</p> <p>"Osastopalaverissa puhuttiin tutkimuksesta."</p> <p>"Asiasta keskusteltiin alustavasti osastotunnilla opiskelijoiden antaman perehdytyksen jälkeen. ISBAR-kortit + ohjeet otettiin kansliaan esille raportoimista varten."</p> <p>"ISBAR on esillä kansliassa ja pitäisi olla jokaisella hoitajalla taskussa"</p> <p>"Jokaiselle jaettu "taskukorttiohjeistus"."</p> <p>"Jokaiselle jaettu ISBAR-OHJE"</p> <p>"Muistutettu ISBARin käytöstä"</p>	<p>ISBAR-kortti on esillä puhelimen läheisyydessä kansliassa</p> <p>ISBAR-menetelmän käytöstä on keskusteltu osastotunnilla</p> <p>ISBAR-kortin taskuversio on jaettu jokaiselle hoitajalle</p> <p>ISBAR-menetelmän käytöstä on muistutettu</p>
Tilanteet, joissa käytetty ISBAR-menetelmää	<p>"Kun potilas on siirtynyt toiseen hoitopaikkaan"</p> <p>"Raporttia annettaessa potilaan siirtyessä jatkohoitopaikkaan." "Kun olen siirtämässä potilasta jatkohoitoon"</p>	ISBAR-menetelmää on käytetty raportoidessa potilaasta jatkohoitopaikkaan

	<p>"Raporttia antaessa esim. toiseen sairaalaan." "Potilassiirroissa raportoinnin tukena"</p> <p>"Raportin antaminen puhelimitse"</p> <p>"Puhelinraporttia antaessa uuteen hoitopaikkaan..."</p> <p>"...tai esim. päiv. lääkärille. Myös uuden potilaan esittely osaston lääkärille."</p> <p>"Kun olen päivystykseen soittanut potilaasta"</p> <p>"Kun tilannut häkeä kyytiä/apua potilaalle"</p> <p>"Soittaessani potilaalle ambulanssin"</p> <p>"Ambulanssia tilattaessa"</p> <p>"Kun vastaanottanut raporttia potilaasta"</p> <p>"Raportin vastaanotto puhelimitse"</p> <p>"Kotiutustilanteessa tarkastuslistan muodossa"</p>	<p>ISBAR-menetelmää on käytetty suullisesti raportoidessa puhelimitse</p> <p>ISBAR-menetelmää on käytetty raportoidessa päivystävälle lääkärille ja osastonlääkärille</p> <p>ISBAR-menetelmää on käytetty apuna päivystykseen soittaessa</p> <p>ISBAR-menetelmää on käytetty apuna hälytyskeskukseen soittaessa</p> <p>ISBAR-menetelmää on käytetty raporttia vastaanottaessa</p> <p>ISBAR-menetelmää on käytetty tarkastuslistana kotiutustilanteessa</p>
Kokemukset ISBAR-menetelmästä raportoinnin apuvälineenä	<p>"Ei muutosta edelliseen mielestäni"</p> <p>"Raportointi miltei samalaista kuin ennenkin"</p> <p>"Hyväksi! Sain kerrottua kiireellisessä tilanteessa tarvittavat tiedot."</p> <p>"Simppeleksi ja hyväksi"</p> <p>"Selkeyttää ja on muistin apuna."</p>	<p>ISBAR-menetelmän ei ole koettu tuoneen muutoksia raportointiin</p> <p>ISBAR-menetelmän on koettu helpottavan tarvittavien tietojen kertomista kiireellisessä tilanteessa</p> <p>ISBAR-menetelmä on koettu simppeleksi ja hyväksi</p> <p>ISBAR-menetelmä on selkeä ja auttaa muistamaan</p>

	<p>"Tukee hyvin suullisessa ja kirjallisessa raportoinnissa"</p> <p>"Tukee raportin antoa."</p> <p>"Tiedonkulku paranee."</p> <p>"Potilasturvallisuus lisääntyy, riski erehdyksiin pienenevät."</p> <p>"Selkeä, kun raportin antajalla ja vastaanottajalla sama käsitys tilanteesta."</p> <p>"Ihan selkeä. Toimisi ehkä paremmin jos myös raportin vast.ottaja "tietäisi" että annan raporttia ISBARin mukaan."</p> <p>"Raporttiin voi miettiä etukäteen kaikki osa-alueet kii-reettömästi."</p>	<p>ISBAR-menetelmä tukee suullista ja kirjallista raportointia</p> <p>ISBAR-menetelmä parantaa tiedonkulkua</p> <p>ISBAR-menetelmä edistää potilasturvallisuutta vähentämällä erehdyksiä</p> <p>ISBAR-menetelmä on selkeä, kun raportoinnin molemmilla osapuolilla tieto raportin kulu- lusta</p> <p>ISBAR-menetelmän avulla raporttiin voi valmistautua etukäteen</p>
Kokemukset siitä, miten ISBAR-menetelmä vaikuttaa tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuteen	<p>"Hyväksi ja turvalliseksi"</p> <p>"Toki varmistukset turvaavat potilasta ja hoitotoimia"</p> <p>"Selkiyttää raportointia eteenpäin ja osaa antaa tarvittavat tiedot."</p> <p>"Tarvittava tieto kulkeutuu toiselle osapuolelle eikä jää tarpeettoman tiedon alle."</p> <p>"Hoitajan täytyy aina tietää mistä puhuu ja antaa potilaasta oikeanlainen raportti annettiin se millä tavalla tahansa."</p> <p>"Selkeyttää ja on muistin apuna."</p> <p>"Potilasturvallisuus lisääntyy, tiedonkulku selkeytyy. Riskit vähenevät."</p>	<p>Hyvä ja turvallinen</p> <p>Varmistukset edistävät potilasturvallisuutta</p> <p>Selkeyttää raportointia ja hoidon kannalta oleellisen tiedon hahmottamista</p> <p>Ohje raportointiin ja sen sisältöön auttaa hoitajia</p> <p>Selkeä ja auttaa muistamaan</p> <p>Edistää potilasturvallisuutta selkeyttämällä tiedonkulkua ja vähentämällä näin riskejä</p>

	"Selkeä jaottelu ja otsikointi auttaa jäsentämään raportin ja tärkeät asiat tulee esille perusteellisesti."	Raportointi on selkeää, jäsenneiltyä ja perusteellista
Suhtautuminen osastoilla ISBAR-menetelmän käyttöön- ottoon	<p>"ISBAR on otettu positiivisesti vastaan. On hyvä toisinaan herätellä muistiaan/virkistää toimintaansa."</p> <p>"Ei ole suhtauduttu kielteisesti ainakaan. Myönteisesti suhtauduttu ehkä esillä olevien korttien vuoksi. Osastolamme on raportoitu ISBARin mukaan jo ennen tätä projektia, ehkä tiedostamattakin."</p> <p>"Hyvin on suhtauduttu. Aluksi tietenkin ihmettelyä."</p> <p>"En tiedä, ei ole ollut keskustelua"</p> <p>"Asiasta ei ole ollut keskustelua!"</p> <p>"Kaivataan vielä koulutusta lisää."</p> <p>"Tarvitsee kannustusta ottaa ohje käyttöön – muistaa ottaa ohje esiin."</p> <p>"Kiireessä helposti vielä unohtuu."</p>	<p>ISBAR-menetelmään on suhtauduttu myönteisesti</p> <p>ISBAR-menetelmään suhtautumisesta ei ole ollut keskustelua</p> <p>Uuden toimintatavan käytöstä kaivataan lisää koulutusta, kannustusta ja muistuttamista</p>
Mielipiteet ISBAR-koulutuksesta ja materiaalista sekä niiden vaikutuksista uuden toimintatavan käyttöönottoon	<p>"ISBAR-koulutus & materiaali loi/toi konkreettisen näkyyden oleellisista raportoitavista asioista, joita on käytetty aiemminkin."</p> <p>"ISBAR-kortit selkeät, samoin YouTube-video selkeytti asiaa."</p> <p>"Koulutus tkn kokoustiloissa mielestäni aika turha, odotin enemmän kuin sain irti. Kalvoilta tai paperista olisi jokainen osannut lukea itsekin suoraan."</p>	<p>ISBAR-koulutus auttoi hahmottamaan oleellisia asioita raportin sisällössä</p> <p>ISBAR-kortti ja video menetelmän käytöstä olivat selkeitä</p> <p>Koulutus koettiin aika turhaksi</p>

	<p>"Enemmän olisi kaivattu ihan konkreettista ohjeistusta ja tiedotusta teiltä hyvät opiskelijat miten ja millä aikataululla projekti etenee."</p> <p>"Kaivataan lisää koulutusta ja kertausta silloin tällöin."</p> <p>"Enemmän materiaalia kaivataan"</p>	<p>Konkreettista ohjeistusta ja tietoa projektin etenemisestä kaivattiin enemmän</p> <p>Kaivataan lisää koulutusta, materiaalia ja säännöllistä kertausta</p>
--	---	---